A.R. 6.7.2020 M.B. 15.7.2020
En vigueur 1.9.2020

Modifier

Insérer

~~Enlever~~

Article 20 - MEDECINE INTERNE

§ 1. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des spécialités relevant de la pathologie interne:"

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

470713	470724	Préparation d'un patient à la greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques	K	201	"

"Les prestations 470680 et 470864 ne sont pas cumulables avec la prestation 318253-318264.

Les prestations 470680 et 470864 ne sont pas cumulables avec les prestations 318135-318146 ou 470573-470584."

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

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

2) avoir démarré le processus d'accréditation JACIE (Joint AccreditationCommittee of the International Society for Cellular Therapy (ISCT) and the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT)) avant le 1er janvier 2013 et avoir obtenu celle-ci au plus tard le 31 décembre 2017."

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

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

2) avoir démarré le processus d'accréditation JACIE avant le 1er janvier 2013 et avoir obtenu celle-ci au plus tard le 31 décembre 2017."

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

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

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

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

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

"Toutes les prestations effectuées sur le(s) donneur(s) potentiel(s) et les frais d'hospitalisation sont portées en compte au receveur, étant entendu qu'il soit spécifié qu'ils sont relatifs au donneur, et à condition qu'une transplantation ait effectivement lieu."

SECTION 8. - Médecine interne.

"A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016)
"Art. 20. § 1er. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des spécialités relevant de la pathologie interne:"

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

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

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

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

"A.R. 10.8.2005" (en vigueur 1.11.2005)
"Cette prestation ne peut être portée en compte qu'une fois par jour, dans les situations suivantes :

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

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

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

4006	470035	470046	*Supprimée par A.R. 10.9.2009 (en vigueur 1.11.2009)*
4008	470050	470061	*Supprimée par A.R. 27.3.2003 [en vigueur 1.4.2003 (A.R. 22.4.2003 + Erratum M.B. 29.4.2003)]*
4007	470072	470083	*Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)
"Installation et surveillance d'une dialyse péritonéale, y compris la mise en place des cathéters, à l'exclusion des dialyses péritonéales réalisées pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique au cours de la formation d'un patient à l'autodialyse chronique ou lors de l'hospitalisation d'un patient traité par dialyse péritonéale à domicile:

		470400	*Supprimée (déplacée) par A.R. 18.12.2019 (en vigueur 1.2.2020)*
		470422	*Supprimée (déplacée) par A.R. 18.12.2019 (en vigueur 1.2.2020)*
	470433	470444	*Supprimée (déplacée) par A.R. 18.12.2019 (en vigueur 1.2.2020)*

	470374	470385	*Supprimée (déplacée) par A.R. 18.12.2019 (en vigueur 1.2.2020)*			
			"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 31.8.1998" (en vigueur 1.11.1998) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012)			
"	470455	470466	Epuration extra-rénale réalisée pour insuffisance rénale aiguë par la technique d'hémodialyse, ou d'hémofiltration intermittente, ou réalisée pour le traitement d'une intoxication par la technique d'hémodialyse ou d'hémoperfusion ou réalisée pour le traitement d'une maladie liée à la présence de protéines endogènes toxiques par la technique de plasma filtration, par séance avec un maximum d'une séance par 24 h et un maximum de six semaines de traitement, y compris le matériel d'hémofiltration et le matériel d'hémodialyse	K	464	"
	470492	470503	*Supprimée par A.R. 20.9.2012 (en vigueur 1.12.2012)*			
	470470	470481	*Supprimée (déplacée) par A.R. 18.12.2019 (en vigueur 1.2.2020)*			
			"A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010)			
"	470956	470960	Echange plasmatique (ou plasmaphérèse thérapeutique) ou échange de cellules sanguines (ou cytaphérèse thérapeutique) de minimum 1 volume sanguin au moyen d'un séparateur de cellules, matériel disposable inclus	K	464	"
			"A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 18.12.2019" (en vigueur 1.2.2020) "La prestation 470956-470960 ne peut pas être cumulée avec les prestations 470013-470024, 470271, 470455-470466, et 474331-474342."			
			"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) "Greffes hématologiques			
	470514	470525	Collecte, contrôle de qualité, congélation et conservation de cellules souches hématopoïétiques autologues du sang périphérique	K	402	
	470536	470540	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques de la moelle osseuse	K	536	
	470551	470562	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques du sang périphérique	K	536	
	470573	470584	Collecte orientée vers un receveur spécifique, contrôle de qualité, congélation et conservation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques du sang de cordon ombilical, en dehors de la constitution d'une banque de sang de cordon ombilical	K	536	
	470595	470606	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation d'un concentré de lymphocytes allogéniques	K	536	

	470610	470621	Sélection positive par l'antigène CD34 d'un concentré de cellules souches hématopoïétiques allogéniques à l'exclusion des autogreffes	K	2681	

Les prestations 470514 - 470525, 470536 - 470540, 470551 - 470562, 470573 - 470584, 470595 - 470606, 470610 - 470621 peuvent également être portées en compte par un médecin spécialiste en biologie clinique.

Toutes les prestations de biologie clinique exécutées chez le donneur selon les « guidelines » EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) sont incluses dans les honoraires des prestations 470514 - 470525, 470536 - 470540, 470551 - 470562, 470573 - 470584, 470595 - 470606, 470610 - 470621.

	470632	470643	Greffe autologue de cellules souches hématopoïétiques après myéloablation	K	1020	
	470654	470665	Greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques	K	1020	"

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

"		470680	Coordination de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques dans le cas d'un donneur apparenté	K	1347	"

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010) + "A.R. 6.12.2012" (en vigueur 1.2.2013)

"		470864	Coordination de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques dans le cas d'un donneur non apparenté	K	4536	"

"A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010)
"La prestation 470864 couvre :
a) les frais des typages auprès de donneurs potentiels non apparentés en Belgique;
b) les frais pour le prélèvement des cellules auprès d'un donneur non apparenté en Belgique;
c) les frais d'enregistrement auprès d'organisations nationales et internationales responsables pour l'enregistrement et la sélection de receveurs et de donneurs de cellules souches;"
"A.R. 6.12.2012" (en vigueur 1.2.2013)
"*d)* les frais de transport des échantillons sanguins en vue du confirmatorytyping, tant en Belgique qu'à l'étranger."

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

"	470691	470702	Préparation d'un donneur sain au prélèvement de cellules souches allogéniques ou de lymphocytes allogéniques	K	432	
	470713	470724	Préparation d'un patient à la greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques	K	201	"

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010)
"Les prestations 470680 et 470864 ne sont pas cumulables avec la prestation 318253-318264.

Les prestations 470680 et 470864 ne sont pas cumulables avec les prestations 318135-318146 ou 470573-470584."

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 6.12.2012" (en vigueur 1.2.2013)
"La prestation 470632-470643 ne peut être attestée que par des centres d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques répondant aux critères suivants :

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

2) avoir démarré le processus d'accréditation JACIE (Joint AccreditationCommittee of the International Society for Cellular Therapy (ISCT) and the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT)) avant le 1er janvier 2013 et avoir obtenu celle-ci au plus tard le 31 décembre 2017."

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010) + "A.R. 6.12.2012" (en vigueur 1.2.2013)
"Les prestations 470551-470562, 470573-470584, 470595-470606, 470610-470621, 470654-470665, 470680, 470691-470702 et 470864 ne peuvent être attestées que par des centres d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques répondant aux critères suivants :

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

2) avoir démarré le processus d'accréditation JACIE avant le 1er janvier 2013 et avoir obtenu celle-ci au plus tard le 31 décembre 2017."

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006)
"Un programme cohérent de greffes hématologiques doit être en place. Ce programme doit être communiqué, lors de la première facturation d'une greffe de cellules souches, au Service des soins de santé de l' INAMI et à la Société belge d'Hématologie qui organise un Peer review. Les données à transmettre pour le Peer review sont déterminées par la Société belge d'Hématologie. Un bilan numérique, tant global que par centre, sera transmis chaque année au Conseil technique médical institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI."

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010) + "A.R. 6.7.2020" (en vigueur 1.9.2020)
"Une intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels en vue de trouver un donneur compatible à l'étranger, ainsi que dans les frais relatifs au prélèvement et au transport de ces cellules souches hématopoïétiques ou des lymphocytes prélevés en vue d'une infusion de lymphocytes du donneur (DLI), et à l'assurance du donneur à l'étranger peut être accordée par le Collège des Médecinsdirecteurs à la condition que le bénéficiaire, avant que ne commencent les typages, ait été inscrit dans le registre national comme candidat receveur et à la condition qu'il soit fait état de ce que le registre national des candidats donneurs de moelle osseuse a été consulté. Seulement dans des cas motivés d'urgence médicale extrême, la recherche peut débuter simultanément aussi bien au niveau national qu'à l'étranger. "

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 18.8.2010" (en vigueur 1.10.2010)
"Le montant de l'intervention supplémentaire dans les frais est fixé par ledit Collège sur la base d'une demande individuelle introduite via l'organisme assureur, étayée par un rapport médical circonstancié et comprenant les états de frais détaillés. L'intervention ne peut pas couvrir les frais d'inscription à un registre de candidats receveurs."

"A.R. 6.10.2006" (en vigueur 1.12.2006) + "A.R. 6.12.2012" (en vigueur 1.2.2013)
"Toutes les prestations effectuées sur le(s) donneur(s) potentiel(s) et les frais d'hospitalisation sont portées en compte au receveur, étant entendu qu'il soit spécifié qu'ils sont relatifs au donneur, et à condition qu'une transplantation ait effectivement lieu."

"A.R. 18.9.2008" (en vigueur 1.12.2008) + "A.R. 10.1.2013" (en vigueur 1.2.2013)

"	470735	470746	Evaluation qualitative et audiovélocimétrique de phénomènes circulatoires (artériels et/ou veineux) par l'effet Doppler, au niveau du shunt artério-veineux d'une hémodialyse, en dehors des prestations chirurgicales, avec protocole et conclusion sur base de Dopplerogrammes standardisés	K	15

La prestation 470735-470746 peut être portée en compte au maximum 12 fois par an."

"A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.5.2009)

"	470750	470761	Recherche d'une hypersensibilité allergique immédiate au moyen de scratch tests ou prick tests (alimentaires prick-to-prick) avec des aliments frais (« native ») (minimum 5 tests) et/ou un composant de médicaments (minimum 5 tests) et des solutions de contrôle, avec rapport de synthèse	K	30
	470772	470783	Recherche d'une hypersensibilité allergique différée à un médicament ou à certains aliments au moyen de patch tests (minimum 5 tests), avec lecture à des moments ultérieurs, avec rapport de synthèse	K	30

Les prestations 470750-470761 et 470772-470783 ne sont pas cumulables entre elles au cours de la même séance.

	470794	470805	Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité à un médicament (ou ses composants) après des scratch tests ou prick tests négatifs pour ce médicament (ou ses composants) par intradermoréactions à doses croissantes d'allergène, avec rapport de synthèse	K	250
	470816	470820	Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité au venin d'hyménoptères après des prick tests négatifs par intradermoréactions avec des séries de dilution de un ou plusieurs venins avec lecture immédiate, avec rapport de synthèse	K	200

	470831	470842	Recherche en milieu hospitalier d'une hypersensibilité à des (composants d') aliments ou (de) médicaments, après des prick tests négatifs ou faux positifs et justification dans le rapport, par administrations successives de doses croissantes par voie orale ou parentérale, avec rapport de synthèse	K	350

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

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

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

4101	471015	471026	*Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)*		
4102	471030	471041	*Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)*		
4104	471052	471063	Pleuroscopie, avec ou sans prélèvement biopsique	K	50
4105	471074	471085	Pleuroscopie, avec section de brides	K	75
4111	471251	471262	** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde	K	10
4112	471273	471284	** Spirographie avec épreuve de bronchodilatation	K	20
4113	471295	471306	** Spirographie avec épreuve pharmaco-dynamique, de provocation, suivie ou non de bronchodilatation	K	35
4114	471310	471321	** Détermination du volume résiduel	K	40
4115	471332	471343	*Supprimée par A.R. 28.2.2014 (en vigueur 1.7.2014)*		
4116	471354	471365	** Mesure de la capacité de diffusion	K	40

"A.R. 28.2.2014" (en vigueur 1.7.2014)
"L'assurance ne rembourse pas la capacité de diffusion réalisée pour le suivi d'un asthme stable sauf si le dossier fait état :

1. soit d'une présomption de bronchopneumopathie chronique obstructive concomitante (comme fumeur, détérioration progressive de la fonction pulmonaire, déficit en alpha-1-antitrypsine, bronchectasie);

2. soit de signes de survenue d'une maladie concomitante comme des crépitations, une inflammation, une hypoxémie inexpliquée, un infiltrat à l'imagerie, une affection immunologique associée, une composante restrictive ou irréversible dans le syndrome obstructif, une hypertension pulmonaire."

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

"A.R. 28.2.2014" (en vigueur 1.7.2014)

"L'assurance ne rembourse pas la mesure de la résistance réalisée pour le suivi d'une bronchopneumopathie chronique obstructive sauf si le dossier fait état :

1. soit d'une présomption d'asthme concomitant (antécédents, allergie, réversibilité, non-fumeurs, déficience en alpha-1-antitrypsine);

2. soit d'une maladie des voies respiratoires centrales."

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

" 4118 471391 471402 ** Ergospirométrie K 60 "

"A.R. 17.8.2007" (en vigueur 1.10.2007)
"L'ergospirométrie ne peut être portée en compte que :

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

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

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

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

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

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

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

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

4131 471516 471520 première exsufflation K 30

	4132	471531	471542	les suivantes	K	15	
	4133	471553	471564	** Exsufflation de pneumothorax spontané par aspiration continue, y compris l'examen radioscopique lors de la mise en place du drain	K	40	
	4134	471575	471586	Création d'un pneumomédiastin	K	40	
				"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997)			
"		471612	471623	Trachéoscopie avec ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions	K	70	"
				"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)			
"	4140	471715	471726	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique	K	100	
	4141	471730	471741	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions	K	100	
	4142	471752	471763	Bronchoscopie avec ponction transcarinale et contrôle radioscopique éventuel	K	115	"
				"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)			
"	4143	471774	471785	Bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire (minimum 100 ml)	K	120	"
				"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)			
"	4144	471796	471800	Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers ou mise en place d'un élément prothétique	K	150	"
				"A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.11.2011)			
"	4145	471811	471822	Bronchoscopie avec prélèvement de biopsies pulmonaires périphériques (soit prélèvements multiples minimum 5, soit prélèvement dirigé en cas de tumeur périphérique) y compris le contrôle radioscopique éventuel	K	130	"
				Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles ni avec la prestation n° 351035 - 351046.			
				"A.R. 19.9.2008" (en vigueur 1.3.2009)			
"		471833	471844	Echoendoscopie bronchique	K	220	
		471855	471866	Echo-endoscopie bronchique avec ponction de tissu extramural (matériel disposable non compris)	K	250	
				Les prestations 471833-471844 et 471855-471866 ne sont cumulables avec aucune autre prestation endoscopique ni d'échographie, excepté avec les prestations 473852-473863 et 473874-473885."			
				"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + Erratum MB 13.11.2001 + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010) + "A.R. 28.2.2014" (en vigueur 1.7.2014)			

"Pour les prestations n°s 471052 - 471063, 471251 - 471262, 471273 - 471284, 471295 - 471306, 471310 - 471321, 471354 - 471365, 471376 - 471380, 471391 - 471402, 471516 - 471520, 471531 - 471542, 471553 - 471564, 471575 - 471586, 471612 - 471623, 471715 - 471726, 471730 - 471741, 471752 - 471763, 471774 - 471785, 471796 - 471800, 471811 - 471822, effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, la valeur relative est majorée de 13 %."

"A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)

"c) les prestations relevant de la spécialité en gastroentérologie :

I. Actes diagnostiques

473395	473406	Insertion d'un cathéter dans les voies biliaires ou la veine porte par ponction transcutanée	K	112

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour l'insertion d'une endoprothèse dans les voies biliaires par voie percutanée (473535 – 473546).

La prestation couvre la radioscopie de contrôle.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473410	473421	Insertion d'un cathéter dans les veines hépatiques par ponction transcutanée	K	124

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation couvre la radioscopie de contrôle.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473874	473885	Prélèvement(s) à l'aiguille de tissu au travers de la paroi du tube digestif, par échoendoscopie	K	30

L'acte est réalisé pour une suspicion de cancer.

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastroentérologie ou pneumologie.

L'acte est cumulé avec :

a) soit une échoendoscopie du tube digestif supérieur (473852 – 473863);
b) soit une échoendoscopie anorectale (473896 – 473900).

473933	473944	Examen du tube digestif au moyen d'une capsule vidéo-endoscopique	K	138

L'acte est réalisé pour une anémie ferriprive inexpliquée malgré des examens endoscopiques du tube digestif supérieur et du côlon.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation couvre la rédaction d'un rapport.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

474736 474740 Examen des voies biliopancréatiques par endoscopie K 100

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastroentérologie.

L'acte est cumulé avec :

a) soit un cathétérisme des voies biliopancréatiques par endoscopie (473734 – 473745);
b) soit une procédure qui comprend un cathétérisme des voies biliopancréatiques (473690 – 473701, 473712 – 473723, 473830 – 473841).

Endoscopies du système digestif par voie orale :

472356 472360 Examen de l'œsophage par endoscopie K 51

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, chirurgie, gériatrie, oto-rhino-laryngologie, médecine interne, oncologie médicale ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :

a) une endoscopie du système digestif par voie orale (473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 473712 – 473723, 473830 – 473841).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473056 473060 Examen du tube digestif supérieur par endoscopie K 106

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, chirurgie, gériatrie, médecine interne, oncologie médicale ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :

a) une endoscopie du système digestif par voie orale (472356 – 472360, 473093 – 473104, 473734 – 473745);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 473712 – 473723, 473830 – 473841)."

"A.R. 27.3.2017" (en vigueur 1.6.2017)

"La prestation est octroyée au maximum une fois tous les 3 ans sauf si la justification d'un délai plus court figure dans le rapport de l'examen."

"A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473093	473104	Examen de l'intestin grêle avec un endoscope muni d'un dispositif facilitant sa progression, par voie orale	K 138

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) une endoscopie du système digestif par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473734 – 473745);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 473712 – 473723, 473830 – 473841).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473734	473745	Cathétérisme des voies biliopancréatiques	K 132

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou en pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) une endoscopie du système digestif par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 473712 – 473723, 473830 – 473841).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

Endoscopies du tube digestif par voie anale :

472452	472463	Examen du rectum et du sigmoïde ou du côlon jusqu'à l'angle colique gauche, par endoscopie	K 40

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, chirurgie, gériatrie, médecine interne, oncologie médicale ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) une rectoscopie (472511 – 472522);
b) une endoscopie du tube digestif par voie anale (474751 – 474762, 473432 – 473443, 473174 – 473185).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473174 473185 Examen du côlon jusqu'à la valvule iléo-cæcale, par endoscopie K 141

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, gériatrie, médecine interne, oncologie médicale ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) une rectoscopie (472511 – 472522);
b) une endoscopie du tube digestif par voie anale (474751 – 474762, 473432 – 473443, 472452 – 472463).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473432 473443 Examen de l'iléum par endoscopie K 141

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, gériatrie, médecine interne, oncologie médicale ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) une rectoscopie (472511 – 472522);
b) une endoscopie du tube digestif par voie anale (474751 – 474762, 473174 – 473185, 472452 – 472463).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

474751 474762 Examen de l'iléum avec un endoscope muni d'un dispositif facilitant sa progression, par voie anale K 150

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) une rectoscopie (472511 – 472522);
b) une endoscopie du tube digestif par voie anale (472452 – 472463, 473174 – 473185, 473432 – 473443).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

Echoendoscopies :

473852 473863 Examen du tube digestif supérieur et des organes voisins avec un échoendoscope K 220

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pneumologie.

"A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :

a) une échographie abdominale (469416 – 469420, 469431 – 469442, 469453 – 469464, 469556 – 469560, 469571 – 469582, 469615 – 469626, 469173 – 469184);
b) une échoendoscopie digestive (473896 - 473900);
c) une endoscopie digestive par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745);
d) une procédure qui comprend une endoscopie digestive par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 474876 – 474880, 473675 – 473686, 473690 – 473701, 473830 - 473841), sauf une insertion d'une prothèse dans les voies biliaires ou pancréatiques."

"A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)

" 473896 473900 Examen de l'anus, du rectum et des organes voisins avec un échoendoscope K 180

L'acte est réalisé pour une suspicion de cancer.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) une échographie abdominale (469416 – 469420, 469431 – 469442, 469453 – 469464, 469556 – 469560, 469571 – 469582, 469615 – 469626, 469173 – 469184);
b) une échoendoscopie (471833 – 471844, 471855 – 471866, 473852 – 473863);
c) une endoscopie digestive par voie anale (474751 – 474762, 473432 – 473443, 473174 – 473185, 472452 - 472463);
d) une procédure qui comprend une endoscopie digestive par voie anale (473675 – 473686).

Mesures :

473255 473266 Mesure d'isotopes stables dans les produits terminaux du métabolisme avec un spectrographe de masse K 146

L'acte est réalisé pour la mise au point d'une affection gastro-intestinale.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, gériatrie, médecine interne, médecine nucléaire, oncologie médicale ou pédiatrie.

La prestation couvre les produits administrés et l'analyse d'au moins cinq échantillons.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473491 473502 Mesure de l'hydrogène dans l'air respiratoire après ingestion d'un substrat K 67

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, médecine interne ou pédiatrie.

La prestation couvre le substrat administré, un minimum de six déterminations de l'hydrogène expiré et la rédaction d'un rapport.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473012 473023 Mesure de pressions dans le tube digestif au moyen d'une sonde manométrique K 24

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour une mesure de pression dans le tube digestif (472076 – 472080, 473034 – 473045).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

472076 472080 Mesure de la pression simultanément à trois niveaux de l'œsophage K 60

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour une mesure de pression dans le tube digestif (473012 – 473023, 473034 – 473045).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473034 473045 Mesure de la pression simultanément à trois niveaux du rectum et du canal anal K 60

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour une mesure de pression dans le tube digestif (472076 – 472080, 473012 – 473023).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

Enregistrements :

473594 473605 Enregistrement pendant 24 heures du pH dans l'œsophage K 45

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, médecine interne ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour un enregistrement de la pression, du pH ou de l'impédance dans l'œsophage (473616 – 473620, 473631 – 473642, 474670 – 474681).

La prestation couvre un rapport de la procédure auquel sont annexés des extraits des tracés.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473616 473620 Enregistrement pendant 24 heures de la pression à au moins 3 niveaux de l'œsophage K 90

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour un enregistrement de la pression, du pH ou de l'impédance dans l'œsophage (473594 – 473605, 473631 – 473642, 474670 – 474681).

La prestation couvre un rapport de la procédure auquel sont annexés des extraits des tracés.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473631 473642 Enregistrement pendant 24 heures du pH et de la pression à au moins 3 niveaux de l'œsophage K 135

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour un enregistrement de la pression, du pH ou de l'impédance dans l'œsophage (473594 – 473605, 473616 – 473620 et 474670 – 474681).

La prestation couvre un rapport de la procédure auquel sont annexés des extraits des tracés.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

474670 474681 Enregistrement pendant 24 heures du pH et de l'impédance à au moins 3 niveaux de l'œsophage K 150

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour un enregistrement du pH ou de la pression dans l'œsophage (473594-473605, 473616-473620 et 473631-473642).

La prestation couvre un rapport de la procédure auquel sont annexés des extraits des tracés.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

II. Actes thérapeutiques

472091 472102 Dilatation de l'œsophage par sonde pneumatique K 150

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

La prestation couvre la radioscopie de contrôle.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

472113 472124 Hémostase de varices œsophagiennes pas sonde de tamponnement K 40

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, anesthésie-réanimation, chirurgie, médecine interne, pédiatrie, médecine aiguë ou médecine d'urgence.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

472393	472404	Extraction de corps étranger(s) du tube digestif par endoscopie	K	50

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, chirurgie, gériatrie, médecine aiguë, médecine d'urgence, médecine interne, pédiatrie, oncologie médicale, oto-rhino-laryngologie.

L'acte est cumulé avec un examen endoscopique de l'œsophage (472356 – 472360, du tube digestif supérieur (473056 – 473060) ou du côlon (472452 – 472463).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

472496	472500	Mise à plat d'une fistule anale transsphinctérienne	K	90

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

473211	473222	Excision de polype(s) du côlon, de l'iléum ou du jéjunum, avec une anse diathermique, par endoscopie	K	100	"

"A.R. 27.3.2017" (en vigueur 1.6.2017)
"L'acte n'est pas réalisé pour un polype diminutif ≤ 5 mm dans le rectosigmoïde."

"A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, en médecine interne ou pédiatrie.

L'acte est cumulé avec un examen du tube digestif inférieur par endoscopie (472452 – 472463, 473093 – 473104, 473174 – 473185, 473432 – 473443, 474751 – 474762).

La prestation est accordée une fois par an.

La prestation couvre le rapport de la procédure auquel est annexé le rapport de l'examen anatomopathologique.

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473270	473281	Traitement de varices du tube digestif, par endoscopie	K	118

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

L'acte est cumulé avec un examen endoscopique de l'œsophage (472356 – 472360), du tube digestif supérieur (473056 – 473060), de l'intestin grêle (473093 – 473104) ou du côlon (472452 – 472463, 473174 – 473185).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473535 473546 Insertion d'une endoprothèse des voies biliaires par voie percutanée K 225

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour l'insertion d'un cathéter dans les voies biliaires ou la veine porte par ponction transcutanée (473395 – 473406).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473292 473303 Insertion d'une endoprothèse du tube digestif, par endoscopie K 104

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

L'acte est cumulé avec un examen endoscopique de l'œsophage (472356 - 472360), du tube digestif supérieur (473056 - 473060), du jéjunum (473093-473104) ou du côlon (472452 - 472463, 473174 – 473185).

La prestation couvre la radioscopie de contrôle.

474773 474784 Fragmentation de calcul(s) biliaire(s) ou pancréatique(s) par laser ou sonde électrohydraulique K 150

L'acte est réalisé pour des calculs réfractaires aux techniques classiques.

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

L'acte est cumulé avec un cathétérisme des voies biliaires (473734 - 473745), une extraction de calcul(s) biliaire(s) ou pancréatiques(s) (473830 - 473841) ou l'insertion d'une prothèse des voies biliaires ou pancréatiques (473712 - 473723).

473675 473686 Destruction de lésion(s) hémorragique(s) ou d'angiodysplasie(s) du tube digestif, par endoscopie K 150

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, médecine interne ou pédiatrie.

L'acte est cumulé avec un examen par endoscopie de l'œsophage (472356 – 472360), du tube digestif supérieur (473056 – 473060) de l'intestin grêle (473093 – 473104, 473432 – 473443, 474751 – 474762) ou du côlon (472452 – 472463, 473174 – 473185).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

474891 474902 Destruction de lésion(s) du tube digestif par endoscopie K 40

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, médecine interne, oto-rhino-laryngologie ou pédiatrie.

L'acte est cumulé avec un examen par endoscopie de l'œsophage (472356 – 472360), du tube digestif supérieur (473056 – 473060) ou de l'intestin grêle (473093 – 473104, 473432 – 473443, 474751 – 474762).

473771 473782 Hémostase du tube digestif, par endoscopie K 250

L'acte est réalisé pour une hémorragie dont l'importance constitue une menace vitale immédiate.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, en médecine interne et en pédiatrie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :

a) une endoscopie du système digestif (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745, 472452 – 472463, 473174 – 473185, 473432 – 473443, 474751 – 474762);

b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif (474832 – 474843, 474854 – 474865, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 4733712 – 473723, 473830 – 473841).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473815 473826 Dilatation de sténose(s) du tube digestif, par endoscopie K 50

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie ou pédiatrie.

473911 473922 Drainage de collection(s) abdominale(s) à travers la paroi du tube digestif, par endoscopie K 350

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie."

"A.R. 23.9.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"Les prestations n°s 244215-244226, 244252-244263, 244311-244322, 244355-244366, 244370-244381, 244436-244440, 244451-244462, 244473-244484, 244495-244506, 244510-244521, 244532-244543, 244554-244565, 244576-244580, 244591-244602, 244613-244624 et 244635-244646 reprises au chapitre V, article 14, d), de la présente nomenclature sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie."

"A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)

"	473955	473966	Excision de polype(s) du côlon, de l'iléum ou du jéjunum, avec une anse diathermique, par endoscopie	K	45	"

"A.R. 27.3.2017" (en vigueur 1.6.2017)
"L'acte n'est pas réalisé pour un polype diminutif ≤ 5 mm dans le rectosigmoïde."

"A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, médecine interne ou pédiatrie.

L'acte est cumulé avec un examen du tube digestif inférieur par endoscopie (473093 – 473104, 473432 – 473443, 474751 – 474762, 473174 – 473185, 472452 – 472463).

La prestation couvre le rapport de la procédure auquel est annexé le rapport de l'examen anatomopathologique.

473970	473981	Excision d'une tumeur du tube digestif par dissection sous-muqueuse, par endoscopie.	K	200	

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

L'acte est cumulé avec un examen par endoscopie du tube digestif supérieur (473056 - 473060) ou une coloscopie (473174 – 473185, 472452 – 472463).

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour un acte complémentaire d'une endoscopie digestive (474736 – 474740, 473874 – 473885, 472393 – 472404, 473211 – 473222, 473270 – 473281, 473292 – 473303, 474773 – 474784, 473675 – 473686, 474891 – 474902, 473815 – 473826, 473911 – 473922, 473955 – 473966, 473970 – 473981), sauf le traitement de fistule ou de perforation du tube digestif.

La prestation couvre le rapport de la procédure auquel est annexé le rapport de l'examen anatomopathologique.

474795 474806 Excision d'une tumeur du tube digestif par mucosectomie, par endoscopie. K 150

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

L'acte est cumulé avec :

a) soit un cathétérisme des voies biliaires (473734 - 473745) ou une procédure qui comprend un cathétérisme des voies biliaires (473690 – 473701, 473712 - 473723);
b) soit un examen par endoscopie du tube digestif supérieur (473056 - 473060), de l'intestin grêle (473093 - 473104), de l'iléum (473432 - 473443, 474751 – 474762) ou du côlon (473174 – 473185, 472452 – 472463).

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour un acte complémentaire d'une endoscopie digestive (474736 – 474740, 473874 – 473885, 472393 – 472404, 473211 – 473222, 473270 – 473281, 473292 – 473303, 474773 – 474784, 473675 – 473686, 474891 – 474902, 473815 – 473826, 473911 – 473922, 473955 – 473966, 473970 – 473981), sauf le traitement de fistule ou de perforation du tube digestif.

La prestation couvre le rapport de la procédure auquel est annexé le rapport de l'examen anatomopathologique.

474810 474821 Traitement de fistule ou de perforation du tube digestif, par endoscopie K 150

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

Procédures qui comprennent une endoscopie du système digestif par voie orale :

474832 472843 Section du muscle cricopharyngien, par endoscopie K 245

L'acte est réalisé pour un diverticule de Zenker.

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :

a) un examen du système digestif par endoscopie par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 473712 – 473723, 473830 – 473841).

474854 474865 Destruction de dysplasie de haut grade de l'œsophage, par radiofréquence, par endoscopie K 245

L'acte est réalisé pour un œsophage de Barrett avec dysplasie de haut grade démontrée.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) un examen du système digestif par endoscopie par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474832 – 474843, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 473712 – 473723, 473830 – 473841).

474876 474880 Section de la musculeuse de l'œsophage et du cardia après tunnellisation sous-muqueuse, par endoscopie (POEM) K 345

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) un examen du système digestif par endoscopie par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 473690 – 473701, 473830 – 473841).

473690 473701 Section du muscle sphincter de la papille duodénale, par endoscopie K 250

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) un examen du tube digestif par endoscopie par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 474876 – 474880, 473712 – 473723, 473830 – 473841).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

473712 473723 Insertion d'une prothèse dans les voies biliaires ou pancréatiques, par endoscopie K 400

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) un examen du tube digestif par endoscopie par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745);

b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 473830 - 473841).

La prestation est majorée de 13 % pour les patients de moins de 7 ans.

	473830	473841	Extraction de calcul(s) biliaire(s) ou pancréatique(s) au cours d'une cholangiopancréatographie par endoscopie	K	350	

L'acte est réalisé à l'hôpital.

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en gastro-entérologie.

La prestation n'est pas cumulée avec une prestation pour :
a) un examen du tube digestif par endoscopie, par voie orale (472356 – 472360, 473056 – 473060, 473093 – 473104, 473734 – 473745);
b) une procédure qui comprend une endoscopie du système digestif par voie orale (474854 – 474865, 474832 – 474843, 474876 – 474880, 473690 – 473701, 473712 - 473723)."

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

	5401	474014	474025	*Supprimée par A.R. 30.11.2003 (en vigueur 1.02.2004)*			
				"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]			
"	5402	474036	474040	** Ponction d'ascite chez l'enfant de moins de sept ans	K	11,3	
	5403	474051	474062	** Ponction fémorale, jugulaire ou du sinus longitudinal chez l'enfant de moins de sept ans	K	11,3	"
				"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] + "A.R. 28.5.2008" (en vigueur 1.11.2008)			
"	5405	474095	474106	** Ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique, y compris l'aiguille, chez l'enfant de moins de sept ans	K	31	"
				"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]			
"	5406	474110	474121	** Ponction médullaire chez l'enfant de moins de sept ans	K	11,3	
	5407	474132	474143	** Ponction péricardique chez l'enfant de moins de sept ans	K	11,3	
	5408	474154	474165	** Ponction pleurale chez l'enfant de moins de sept ans	K	11,3	
	5409	474176	474180	** Ponction ventriculaire ou sous-durale avec ou sans injection chez l'enfant de moins de sept ans	K	11,3	
	5410	474191	474202	** Ponction artérielle ou veineuse, après dénudation du vaisseau, chez l'enfant de moins de sept ans	K	13,56	

	5411	474213	474224	** Ponction évacuatrice de plèvre ou du péritoine, avec ou sans lavage, avec ou sans injection, chez l'enfant de moins de sept ans	K	20,34	"
	5412	474235	474246	*Supprimée par A.R. 23.11.2005 (en vigueur 1.2.2006)*			
				"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)]			
"	5413	474250	474261	** Tubage gastrique chez l'enfant de moins de sept ans	K	9,04	
	5414	474272	474283	** Tubage duodénal chez l'enfant de moins de sept ans	K	16,95	"
				"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 26.3.2003" " [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]			
"	5415	474294	474305	** Perfusion intraveineuse chez l'enfant de moins de sept ans	K	16,95	"
				"A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]			
"		474655	474666	** Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang ou de plasma chez un enfant de moins de sept ans	K	28,25	"
	5417	474331	474342	Exsanguinotransfusion	K	130	
				"A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]			
"	5418	474353	474364	** Rectoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'enfant de moins de 7 ans	K	33.90	"
				"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012)			
"	5420	474390	474401	Intubation trachéale sous laryngoscopie directe (en dehors de la narcose) chez le nouveau-né (jusqu'à l'âge de 15 jours), y compris la respiration artificielle éventuelle d'une durée ne dépassant pas une heure (non cumulable avec les prestations 211013-211024, 211046, 211724)	K	51	"
				"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. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012)			
"		474633	474644	Supplément pour aspiration trachéobronchique réalisée chez un patient séjournant dans un service NIC ou fonction N*, à l'occasion des prestations 211013-211024, 211046, 211724	K	35	"
				"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) "L'intervention de l'assurance pour la prestation n° 474633 - 474644 est limitée à une fois par jour."			
	5423	474456	474460	Mise en place d'un cathéter ombilical chez le nouveau-né en dehors de la narcose, non cumulable avec l'exsanguinotransfusion	K	18	
				"A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009)			
"		474692	474703	Mise en place d'un cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC) chez le nouveau-né séjournant dans un service NIC ou dans une fonction N*	K	30	"

				"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)]			
"	5425	474493	474504	Biopsies du duodénum et/ou de l'intestin grêle par sonde, radioscopie comprise, chez un enfant de moins de sept ans	K	56,50	"
				"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) + "A.R. 14.12.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001)			
"	5426	474515	474526	Présence effective dans la salle d'accouchement à la fin du travail et au moment de la naissance et prise en charge du nouveau-né en cas de grossesse à risque et sur prescription du médecin accoucheur, du médecin spécialiste en pédiatrie, par nouveau-né	K	52	"
				"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) "Par grossesse à risque, il faut comprendre les situations telles que reprises dans l'annexe à l'Arrêté royal du 20 août 1996 fixant les normes auxquelles une fonction de soins néonatals locaux (fonction N*) doit satisfaire pour être agréée." Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 474250 - 474261.			
	5427	474530	474541	*Supprimée par A.R. 19.2.2016 (en vigueur 1.5.2016)*			
	5428	474552	474563	*Supprimée par A.R. 19.2.2016 (en vigueur 1.5.2016)*			
				"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]			
"		474596	474600	Biopsie osseuse à l'aiguille chez un enfant de moins de 7 ans	K	22,6	"
		474714	474725	*Supprimée par A.R. 18.12.2019 (en vigueur 1.2.2020)*			
				e) les prestations relevant de la spécialité en cardiologie (FL):			
	5501	475016	475020	** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle électrocardiographique pendant l'intervention	K	50	
				"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012) "La prestation 475016-475020 peut seulement être attestée une fois par jour, même si cette prestation a été effectuée plusieurs fois par jour."			
	5504	475075	475086	*Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*			
	5505	475090		*Supprimée par A.R. 13.4.2008 (en vigueur 1.6.2008)*			
				"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002) + "A.R. 19.9.2018" (en vigueur 1.12.2018)			
"		475812	475823	Epreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring continu d'au moins une dérivation avant chaque changement de charge, à la fin de l'épreuve et pendant au moins trois minutes après la fin de l'épreuve, plusieurs enregistrements électrocardiographiques de différentes dérivations et mesures de tension artérielle, avec extraits et protocole standardisé	K	41,64	"
				"A.R. 19.9.2018" (en vigueur 1.12.2018)			

				"Les honoraires pour l'électrocardiogramme effectué à l'occasion de cette épreuve d'effort sont compris dans les honoraires fixés pour l'épreuve d'effort.			
				La prestation 475812-475823 ne peut pas être cumulée avec la prestation 475075-475086, sauf si l'électrocardiogramme doit être réalisé en raison d'une situation médicale urgente."			
				"A.R. 10.6.2002" (en vigueur 1.8.2002) + "A.R. 29.1.2014" (en vigueur 1.4.2014)			
"	5524	475532	475543	Epreuve pharmacodynamique, lors de stress-test cardiaque par scintigraphie, suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole	K	25	"
				"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999)			
"		476335	476346	Tilt-test à 60° d'une durée minimale de 45' ou jusqu'à la manifestation de la syncope, sous contrôle électrocardiographique continu et sous monitoring non invasif de la pression sanguine, avec ou sans administration de médicaments, avec protocole	K	75	
				Les prestations 476335 - 476346 et 475532 - 475543 ne sont pas cumulables entre elles".			
				"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 6.3.2007" (en vigueur 1.5.2007) partiellement annulé par l'Arrêt n° 178.064 du 19 décembre 2007 du Conseil d'Etat (M.B. 29 janvier 2008) + "A.R. 17.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 17.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)			
"		475856	475860	Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un stimulateur cardiaque, chambre simple (SSI), avec interrogation de la mémoire et mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec protocole et tracés	K	20	
		475871	475882	Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un stimulateur cardiaque, chambre double (D.D.D.) ou chambre triple (CRT-P), avec interrogation de la mémoire et mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec protocole et tracés	K	44	
		475893	475904	Contrôle de la qualité et/ou reprogrammation d'un défibrillateur cardiaque, avec mesure du seuil de stimulation et de sensibilité, avec évaluation de la performance du défibrillateur, avec protocole et tracés	K	70	"
				"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)			
				"Les prestations 475856-475860, 475871-475882 et 475893-475904 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000."			
				"A.R. 17.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)			

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

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

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)

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

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

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

"	475930	475941	Repositionnement d'une ou plusieurs électrodes cardiaques, un autre jour que celui de l'implantation	K	108	
	475952	475963	Implantation par voie transveineuse d'une électrode ventriculaire gauche, connectée à un pacemaker ou un défibrillateur cardiaque	K	248	"

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + Erratum M.B. 23.12.2011
"Les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 469114-469125.

Si les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000 sont effectuées dans le même temps opératoire que la prestation 354373-354384, chaque prestation est honorée à 100 %.

Les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000 sont aussi remboursées si elles sont effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie."

	475650	475661	*Supprimée (déplacée) par A.R. 18.4.2010 (en vigueur 1.7.2010)*			

"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992)

"	475834	475845	Enregistrement avec analyse qualitative et quantitative d'une électrocardiographie à haute amplitude par dérivations orthogonales en vue du dépistage de potentiels anormaux en cas de risque d'arythmie ventriculaire documentée, avec protocole	K	30	

Les prestations n°s 475812 - 475823 et 475834 - 475845 ne sont pas cumulables entre elles."

				Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la fonction cardiaque. Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux, y compris éventuellement les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiants avec ou sans épreuve d'effort ou épreuve pharmacodynamique, avec protocole et tracés (non cumulables avec la consultation):				
				"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + ".A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)				
	5540	476011	476022	par voie veineuse	K	80		
				"A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.1.2012)				
"	5541	476033	476044	par voie veineuse avec ponction transseptale	K	200		"
	5542	476055	476066	par voie artérielle	K	134		
				"A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)				
"	5543	476070	476081	par voies veineuse et artérielle	K	266		"
				"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011) "Les prestations 476011-476022, 476033-476044, 476055-476066 et 476070-476081 ne sont remboursables que si elles ont été demandées et effectuées selon les "guidelines" de la "European Society of Cardiology". En cas de cardiopathie ischémique chronique, les prestations 476011-476022, 476033-476044, 476055-476066 et 476070-476081 ne peuvent être portées en compte qu'après avoir effectué au moins un test préalable d'ischémie fonctionnelle du myocarde (test d'effort, écho-stress, scintigraphie de stress du myocarde) qui démontre l'ischémie. S'il est dérogé à ces conditions, la motivation détaillée est conservée dans le dossier médical."				
				"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 17.8.2007" (en vigueur 1.11.2007)				
"		476276	476280	Examen électrophysiologique approfondi sans ablation en vue de l'éveil et de l'arrêt de tachycardies au moyen de trois cathéters ou plus, y compris la prise d'échantillons de sang, les contrôles radioscopiques et électrocardiographiques, l'administration de produits pharmaceutiques et opacifiants, avec protocole et tracés	K	750		
		476291	476302	Examen électrophysiologique restreint sans ablation en vue de l'étude de la fonction du noeud sino-auriculaire et de la conduction atrioventriculaire au moyen d'un ou de plusieurs cathéters, y compris les enregistrements électrocardiographiques	K	120		"
				"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992)				

"		476313	476324	Diagnostic et/ou traitement de tachycardies par stimulations électriques au moyen d'un ou plusieurs cathéters endocavitaires, y compris les enregistrements électrocardiographiques	K	120	"
				"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012) "La prestation n° 476276 - 476280 n'est pas cumulable avec la consultation ni avec les prestations n°s 212111-212122, 212214 - 212225, 476011 - 476022, 476033 - 476044, 476055 - 476066, 476070 - 476081 et 476313 - 476324."			
				"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012) "La prestation n° 476291 - 476302 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 212111-212122, 212214 - 212225, 476276 - 476280 et 476313 - 476324. La prestation n° 476313 - 476324 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 212111-212122, 212214 - 212225, 476276 - 476280 et 476291 - 476302."			
				Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les courbes de dilution de colorant et calcul des temps circulatoires:			
	5545	476114	476125	au repos, deux déterminations séparées au minimum	K	60	
				"A.R. 23.10.1989" (en vigueur 1.1.1990)			
"	5546	476136	476140	Deux déterminations séparées au repos et trois déterminations à l'effort au minimum	K	150	"
	5548	476173	476184	*Supprimée par A.R. 6.3.2007 (en vigueur 1.5.2007) + Supprimée par A.R. 26.10.2011 (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)*			
	5549	476195	476206	*Supprimée par A.R. 26.10.2011 (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)* Monitoring de Holter.			
				"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 8.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002)			
"		476210	476221	Monitoring de Holter : Enregistrement électrocardiographique continu pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable à bande magnétique ou à mémoire interne, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire les tracés complets	K	64	"
				"A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996) + "A.R. 8.12.2000" (en vigueur 1.3.2001) + "A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002)			
"	5535	476232	476243	Répétition dans le délai d'un an de la prestation n° 476210 - 476221	K	48	"
				L'intervention de l'assurance n'est due pour la prestation n° 476232 - 476243 qu'après autorisation du médecin-conseil.			

Le prestataire transmettra au médecin-conseil une demande motivée justifiant la répétition de l'examen.

"A.R. 22.7.1988" (en vigueur 1.8.1988) + "A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)

"		476254	476265	Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures, au moins, au moyen d'un appareil portable, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire une partie des tracés	K	40	"

		475753	475764	*Supprimée par A.R. 10.11.2005 (en vigueur 1.1.2006)*			
		476615	476626	*Supprimée par A.R. 27.4.2010 (en vigueur 1.8.2010)*			

"A.R. 19.12.1991" (en vigueur 1.1.1992)

"		476630	476641	Mapping électrocardiographique de tachy-arythmies pendant une intervention chirurgicale pour troubles du rythme cardiaque avec protocole et tracés	K	378	

La prestation n° 476630 - 476641 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 589315 - 589326 et 589330 - 589341."

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

"		476652	476663	Cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse	K	150	"

"A.R. 5.9.2001" (en vigueur 1.10.2001) + Erratum MB 13.11.2001 + "A.R. 17.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 27.4.2010" (en vigueur 1.8.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.1.2012) + "A.R. 19.12.2011" (en vigueur 28.12.2011)

"Pour les prestations n°s 475016 - 475020, 475532 - 475543, 475812 - 475823, 475834 - 475845, 475856 - 475860, 475871 - 475882, 475893 - 475904, 476011 - 476022, 476033 - 476044, 476070 - 476081, 476114 - 476125, 476210 - 476221, 476232 - 476243, 476254 - 476265, 476276 - 476280, 476291 - 476302, 476313 - 476324, 476335 - 476346, 476630 - 476641, 476652 - 476663, effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, la valeur relative est majorée de 13 %."

f) les prestations relevant de la spécialité en neuropsychiatrie (FM):

"A.R. 10.7.1990" (en vigueur 1.7.1990) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012)

"	5604	477050	477061	Séance d'électroconvulsivothérapie	K	25	"

"A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002) + "A.R. 5.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)

"	5607	477116	477120	* Electromyographie, par électrode aiguille	K	63	"

"A.R. 22.8.2002" (en vigueur 1.9.2002) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014)

"	5608	477131	477142	Electroencéphalographie	K	58,5	"

"A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014)

"Un rapport est obligatoire.

			L'assurance ne rembourse qu'une EEG (477131-477142) par an sauf dans une des situations suivantes : *a)* le patient est hospitalisé dans une fonction agréée de soins intensifs ou un service NIC; *b)* le patient est atteint ou soupçonné d'épilepsie; *c)* le patient est atteint d'un trouble de la conscience."		
5611	477190	477201	*Supprimée par A.R. 23.11.2005 (en vigueur 1.2.2006)*		
5613	477234	477245	*Supprimée par A.R. 19.8.2011 (en vigueur 1.10.2011)*		
5618	477315	477326	*Supprimée par A.R. 20.9.2012 (en vigueur 1.11.2012)*		
5619	477330	477341	*Supprimée par A.R. 20.9.2012 (en vigueur 1.11.2012)*		
5620	477352	477363	*Supprimée par A.R. 20.9.2012 (en vigueur 1.11.2012)*		
			"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012)		
"	478052	478063	Enregistrement des potentiels évoqués visuels	K	75
	478074	478085	Enregistrement des potentiels évoqués auditifs	K	75
	478096	478100	Enregistrement des potentiels évoqués somato-sensoriels	K	75
	478111	478122	Enregistrement des potentiels évoqués moteurs	K	75
			Les enregistrements de potentiels évoqués (478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122) comprennent un rapport. L'enregistrement de potentiels évoqués auditifs (478074-478085) n'est pas remboursé en cas de dépistage systématique de la surdité néonatale. Les enregistrements de potentiels évoqués (478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122) ne sont remboursés qu'une fois par jour. Un enregistrement de potentiels évoqués de l'article 20, § 1er, *f)* (478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122)) est incompatible avec un enregistrement de potentiels évoqués d'autres articles (248872-248883, 257795-257806, 258613-258624, 262393-262404, 558574-558585) daté du même jour. Un enregistrement de potentiels évoqués somatosensoriels (558574-558585 ou 478096-478100) est incompatible avec une EMG (477116-477120, 558552-558563) datée du même jour. La valeur totale de plusieurs enregistrements de potentiels évoqués (478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122) datés du même jour est de K 125."		
			"A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)		
"	478133	478144	Polysomnographie jusqu'à l'âge d'un an	K	180

				La polysomnographie (478133-478144) comprend un enregistrement continu pendant au moins 6 heures de l'E.E.G., l'E.O.G., l'E.C.G., l'oxymétrie et 2 paramètres respiratoires. La polysomnographie (478133-478144) n'est pas destinée au dépistage de l'apnée du nouveau-né ni à la recherche systématique de la cause d'un ALTE (Apparent Life-Theatening Event) du nourrisson. L'assurance couvre une seule polysomnographie (478133-478144) par an. L'assurance ne couvre pas une polysomnographie (478133-478144) réalisée le même jour qu'une prestation décrite à l'article 13 (réanimation)."				
				"A.R. 12.8.1994" (en vigueur 1.1.1995) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)				
"	5621	477374	477385	Polysomnographie après l'âge d'un an	K	180	"	
				"A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016) "La polysomnographie (477374-477385) comprend un enregistrement continu pendant au moins 6 heures de l'E.E.G., l'E.O.G., l'E.C.G., l'oxymétrie et 2 paramètres respiratoires. L'assurance couvre une seule polysomnographie (477374-477385) par an. L'assurance ne couvre pas une polysomnographie (477374-477385) réalisée le même jour qu'une prestation décrite à l'article 13 (réanimation)."				
				"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012)				
"	5623	477411	477422	Enregistrement électroencéphalographique continu pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable (technique type Holter) avec minimum 4 dérivations, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et extraits des tracés	K	150		
				L'assurance ne rembourse qu'un enregistrement électroencéphalographique continu par an et par patient."				
				"A.R. 22.11.2007" (en vigueur 1.2.2008) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.12.2012) "Cette prestation peut être portée en compte maximum trois fois pendant la période critique de l'oedème réactionnel et de l'encéphalopathie post-asphyxique."				
	5624	477433	477444	Electroneuro-oculographie avec protocole et extraits des tracés	K	12		
				"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)				
"		477470	477481	* Mesure de la vitesse de conduction nerveuse (motrice et/ou sensitive) et/ou tests myasthéniques et/ou réflexe d'Hoffman et/ou ondes F, une ou plusieurs régions avec rapport, au moins deux tests	K	40		
		477492	477503	* Mesure de la vitesse de conduction motrice et/ou sensitive, une région, avec rapport	K	15		

477514	477525	* Mesure de la vitesse de conduction motrice et/ou sensitive, plusieurs régions, avec rapport	K 30 "

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012)
"Les prestations n°s 477470 - 477481, 477492 - 477503, 477514 - 477525 ne sont pas cumulables entre elles, ni avec les prestations de l'article 22, II."

477536	477540	*Supprimée par A.R. 20.9.2012 (en vigueur 1.11.2012)*	
477573		*Supprimée (déplacée) par A.R. 20.9.2012 (en vigueur 1.11.2012) + A.R. 30.8.2013 (en vigueur 1.11.2013)*	

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

"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012)
"La valeur des prestations 477116-477120, 477131-477142 et 478096-478100 est majorée de 50 % quand elles sont effectuées sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs."

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

"A.R. 11.6.2011" (en vigueur 1.8.2011)

"	477606	Honoraires pour un examen neurologique approfondi, la détermination du score sur la ″Coma-Recovery-Scale revisited″ chez un patient en état végétatif ou pauci-relationnel dans un ″centre d'expertise pour patients comateux″ et l'analyse des résultats avec l'équipe chargée du traitement	K 60

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

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

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

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

"A.R. 6.6.2012" (en vigueur 1.9.2012)

coordination officieuse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012) + "A.R. 26.1.2017" (en vigueur 1.4.2017)

"	477573		Examen neuropsychologique	K	90

L'acte est réalisé par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie.

La partie technique de l'examen peut être réalisée par un psychologue compétent en neuropsychologie.

L'acte est indiqué pour le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer accompagnée de troubles neurocognitifs légers.

L'acte dure au moins 45 minutes et recherche au moyen de tests validés et détaillés des déficits cognitifs dans les domaines :
a) la mémoire;
b) le langage;
c) l'attention;
d) le fonctionnement visuo-spatial;
e) les fonctions exécutives.

La prestation est cumulée à une prestation pour bilan diagnostic spécialisé de la démence (102933, 102992)."

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)
"**f)*ter*** les prestations relevant de la spécialité en psychiatrie :"

"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012)

"	477632	477643	Enregistrement d'une batterie de potentiels évoqués cognitifs, selon des paradigmes différents, dans un but diagnostique, pronostique ou d'orientation thérapeutique	K	125

L'enregistrement est conservé avec son analyse et la réponse à la question clinique précise du prescripteur.

La prestation 477632-477643 est prescrite et réalisée par deux médecins spécialistes en psychiatrie différents.

La prestation 477632-477643 ne peut être attestée qu'une fois par syndrome clinique.

La prestation 477632-477643 n'est compatible ni avec un enregistrement de potentiels évoqués (478052-478063, 478074-478085, 478096-478100, 478111-478122, 558574-558585, 558655-558666), ni avec une prestation de psychiatrie de liaison ou de psychothérapie datés du même jour.

477654 477665 Enregistrement de potentiels évoqués cognitifs dans un but de suivi thérapeutique K 75

L'enregistrement est conservé avec son analyse et la décision thérapeutique.

L'assurance ne rembourse la prestation 477654-477665 que deux fois par an et par patient.

La prestation 477654-477665 est prescrite et réalisée par deux médecins spécialistes en psychiatrie différents.

La prestation 477654-477665 n'est compatible ni avec un enregistrement de potentiels évoqués (478052-478063, 478074-478085, 478096-478100, 478111-478122, 558574-558585,558655-558666), ni avec une prestation de psychiatrie de liaison ou de psychothérapie datés du même jour.

477610 477621 Electroencéphalographie quantitative avec 19 canaux au moins K 58,5

L'enregistrement (extraits) est conservé avec son analyse visuelle et quantitative et la réponse à la question clinique précise du prescripteur.

La prestation 477610-477621 est prescrite et réalisée par deux médecins spécialistes en psychiatrie différents.

Sauf prescription contraire de recommandations internationales, l'assurance ne rembourse qu'une électroencéphalographie quantitative (477610- 477621) par syndrome clinique et par patient.

La prestation 477610-477621 n'est compatible ni avec une électroencéphalographie (477131-477142 et 477411-477422), ni avec une prestation de psychiatrie de liaison ou de psychothérapie datées du même jour. "

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

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

"	478030	478041	Evaluation standard par le médecin spécialiste en rhumatologie accrédité du processus actif de la maladie, de l'évolution et du pronostic, chez un patient avec une pathologie inflammatoire rhumatoïde, avec plan de traitement et rapport écrit au généraliste	K	55	"

"A.R. 12.11.2008" (en vigueur 1.2.2009) + "A.R. 9.5.2016" (en vigueur 1.7.2016)
"La prestation 478030 - 478041 peut être attestée au maximum 2 fois par an chez un patient avec arthrite rhumatoïde, spondylite ankylosante ou arthrite psoriasique qui est traitée par « disease modifying antirheumatic drugs » (DMARDs) ou par pharmacothérapie biologique de base (« biologicals ») et peut être cumulée avec les honoraires de la consultation 102653."

"A.R. 12.11.2008" (en vigueur 1.2.2009)
"Le résultat de l'évaluation standard (clinique rhumatologique, évaluation du patient, interprétation et plan de traitement) est conservé dans le dossier du patient."

"A.R. 9.10.1998" (en vigueur 1.1.1999) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"Les prestations énumérées au chapitre V, article 14, littera k, I, § 2, B, 2°, 3° , 4° , 5° , C, 2° , 3° , 4° , 5° , D, 2° , 3° , 4° , 5° , II et III sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en rhumatologie."

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

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

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

"A.R. 17.12.2009" (en vigueur 1.3.2010)
"h) les prestations relevant de la spécialité en gériatrie :"

"A.R. 9.2.2009" (en vigueur 1.6.2009)
"i) les prestations relevant de la spécialité en oncologie médicale"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 18.12.2019" (en vigueur 1.2.2020)
"§ 2. Les règles de connexité suivantes sont d'application:

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)
A. En dehors des prestations mentionnées sous la propre spécialité de pathologie interne pour laquelle le médecin spécialiste est agréé, les prestations suivantes du § 1er peuvent être attestées par le médecin spécialiste à titre connexe pour les patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa propre spécialité : "

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 23.1.2013" (en vigueur 1.2.2013) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"1. le médecin spécialiste en médecine interne peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique *b)* 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306, 471310-471321, 471354-471365, 471376-471380, 471391-471402, 471715-471726, 471774-471785,
— de la rubrique *e)* 475812-475823, 476210-476221, 476254-476265;

— de la rubrique *f)* 477374-477385;"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016) + "A.R. 3.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"2. le médecin spécialiste en pneumologie peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique a) 470271,
— de la rubrique *e)* 475812-475823, 476011-476022, 476114-476125,
— de la rubrique f) 477374-477385, 478133-478144;"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)
"3. le médecin spécialiste en gastro-entérologie peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique a) 470271, 470750-470761, 470772-470783, 470816-470820, 470831-470842;"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)
"4. le médecin spécialiste en pédiatrie peut également attester les prestations de la rubrique *a)* ainsi que les prestations suivantes :"
"A.R. 28.2.2014" (en vigueur 1.7.2014) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"— de la rubrique *b)* 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306, 471310-471321, 471354-471365, 471376-471380, 471391-471402, 471516-471520, 471531-471542, 471553-471564, 471612-471623, 471715-471726, 471730-471741, 471752-471763, 471774-471785, 471796-471800, 471811-471822,"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)
"— de la rubrique *e)* 475812-475823, 476011-476022, 476055-476066, 476070-476081, 476210-476221, 476232-476243, 476254-476265,"
"A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)
"— de la rubrique *f)* 477131-477142, 477411-477422, 477470-477481, 477492-477503, 477514-477525, 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100, 477374-477385, 478133-478144;"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 23.1.2013" (en vigueur 1.2.2013) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"5. le médecin spécialiste en gériatrie peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique a) 470271 et 470433-470444,
— de la rubrique b) 471251-471262, 471273-471284, 471310-471321, 471391-471402, 471715-471726, 471774-471785,
— de la rubrique e) 475812-475823;"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)
"6. le médecin spécialiste en cardiologie peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique *b)* 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306 et 471391-471402;

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

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 19.8.2011" (en vigueur 1.10.2011) + "A.R. 20.9.2012" (en vigueur 1.11.2012) + "A.R. 19.2.2016" (en vigueur 1.5.2016)

"8. Le médecin spécialiste en psychiatrie peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique *f)* 477050-477061, 477374-477385, 478133-478144."

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"9. le médecin spécialiste en oncologie médicale peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique a) 470551-470562, 470654-470665, 470680, 470271, 470514-470525, 470536-470540, 470573-470584, 470595-470606, 470610-470621, 470632-470643, 470691-470702, 470713-470724, 470864, 470956-470960,
— de la rubrique b) 471251-471262, 471273-471284, 471295-471306, 471391-471402, 471715-471726, 471774-471785,"

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)
"— de la rubrique e) 475812-475823;"

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011)
"10. le médecin spécialiste en rhumatologie peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique a) 470750-470761, 470772-470783, 470816-470820, 470831-470842."

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

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

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

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"3. le médecin spécialiste porteur d'un titre professionnel particulier en soins intensifs peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique a) 470271, 470455-470466,
— de la rubrique b) 471516-471520, 471531-471542, 471553-471564, 471715-471726,
— de la rubrique d) 474036-474040, 474294-474305, 474095-474106, 474191-474202, 474213-474224, 474456-474460, 474692-474703."

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)
"C. Parmi les prestations de l'article 20, § 1er, le médecin spécialiste agréé pour une spécialité autre que celles de la pathologie interne, peut pour les patients qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité, attester seulement les prestations suivantes :"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"1. le médecin spécialiste en chirurgie peut également attester la prestation 470492-470503;"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010)
"2. le médecin spécialiste en neurochirurgie peut attester la prestation 477131-477142,"

"A.R. 18.4.2010" (en vigueur 1.7.2010) + "A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"3. le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation peut attester les prestations 474051-474062, 474191-474202, 474250-474261, 474294-474305, 474390-474401, 474456-474460 et 474692-474703."

4. *Supprimé par A.R. 25.9.2016 (en vigueur 1.11.2016)*

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014) + "A.R. 9.11.2015" (en vigueur 1.2.2016) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"5. le médecin spécialiste en médecine d'urgence et le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence peuvent également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique a) 470455-470466,
— de la rubrique b) 471516-471520, 471796-471800,
— de la rubrique d) 474036-474040, 474294-474305, 474095-474106, 474191-474202, 474213-474224;"

"A.R. 26.10.2011" (en vigueur 1.12.2011) + "A.R. 25.9.2016" (en vigueur 1.11.2016)
"6. le médecin spécialiste en médecine aiguë peut également attester les prestations suivantes :
— de la rubrique b) 471516-471520, 471796-471800,
— de la rubrique d) 474036-474040, 474294-474305, 474095-474106, 474191-474202, 474213-474224."

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

"**§ 4.** *Supprimé (déplacée) par A.R. 18.12.2019 (en vigueur 1.2.2020)*

"**§ 5.** *Supprimé (déplacée) par A.R. 18.12.2019 (en vigueur 1.2.2020)*