

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

**"CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS."**

**Art. 2."**

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

**"A. Avis**

109012	Avis	N	2
--------	------	---	---

Par avis, il faut entendre la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers. Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

**"B. Consultations au cabinet**

101010	Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	6
--------	--	---	---

La prestation 101010 peut être attestée par un titulaire du diplôme de médecin inscrit à l'Ordre des médecins avant le 31 décembre 2004 (F.2.3° a)).

102454	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis (101010) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	D	8,42
--------	---	---	------

102476	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis (101010) si la consultation est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures	D	15,98
--------	---	---	-------

101032	Consultation au cabinet par un médecin généraliste	N	8
--------	--	---	---

101076	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N	8 +
		Q	30

102432	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D	17,99
--------	---	---	-------

102410	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	D	9,99
--------	---	---	------

102771	Supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) par un médecin généraliste, à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite (103132, 103412, 103434) avec l'accord écrit du patient	N	8,415
--------	---	---	-------

Le DMG peut être réalisé une fois par année civile.

Le DMG comprend les données socio-administratives du patient, ses antécédents, une liste des problèmes, les rapports des médecins spécialistes et des autres dispensateurs de soins, les traitements chroniques, et un module de prévention se composant d'une liste de contrôle reprenant les différents items du module de prévention et les items qui seront suivis pour le patient. Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical global.

La gestion du dossier médical global comprend entre autres l'ouverture et sa mise à jour régulière.

La demande expresse et/ou l'accord écrit du patient, pour la gestion du dossier médical global, figure(nt) dans le dossier. Si le patient n'est pas à même d'exprimer cette demande expresse ou de donner cet accord personnellement, l'identification du membre de la famille ou du proche qui fait cette demande ou donne cet accord à la place du patient, figure dans le dossier.

Le médecin généraliste qui gère le dossier s'engage, moyennant accord du patient, en cas de renvoi ainsi que sur simple demande du médecin spécialiste traitant, à communiquer à ce dernier toutes les données pertinentes du dossier médical global.

En fonction des recommandations internationales et de l'âge, le module de prévention porte au minimum sur les thèmes suivants :

1° conseils relatifs au mode de vie : tels qu'alimentation, tabac, alcool, exercice physique, stress,...;

2° anamnèse et examen clinique axés sur le système cardiovasculaire;

3° examens de dépistage entre autres du cancer colorectal, et chez la femme, également des cancers du col de l'utérus et du sein en fonction de l'âge;

4° vaccination entre autres contre la diphtérie et le tétanos, grippe et pneumocoque en fonction de l'âge;

5° dosages biologiques : glycémie, créatinine et protéinurie (pour les groupes à haut risque), cholestérol en fonction de l'âge.

Un modèle de check-list peut être établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, qui formule sa proposition après avis du Conseil national de la promotion de la qualité.

La check-list est conservée par le médecin généraliste dans le dossier médical global. Dans ce dossier médical global, le médecin généraliste tient à jour toutes les informations concernant les items de la check-list qui sont suivis pour le patient."

---

"	102395	<p>"A.R. 9.2.2011" + "A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.4.2011 – 31.12.2013) Supplément pour la réalisation du module de prévention dans le cadre du DMG à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite 103132, 103412, 103434) N 3</p> <p>Les honoraires peuvent être portés en compte une fois par année civile aux bénéficiaires du groupe cible, âgés de 45 à 75 ans.</p> <p>Le module de prévention peut être réalisé par :</p> <p>a) le médecin généraliste qui gère le DMG ; b) le médecin généraliste qui fait partie d'un regroupement en médecine générale enregistré dont un membre gère le DMG.</p> <p>Le médecin généraliste qui gère le dossier médical global est le dernier médecin pour qui la facturation de la prestation 102771 a donné lieu à l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.</p> <p>Le module de prévention est examiné avec le patient au moyen d'une check-list établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, qui formule sa proposition après avis du Conseil national de la promotion de la qualité. Le médecin généraliste examine avec le patient les items de la check-list et les actions à entreprendre à la lumière de cet examen.</p> <p>Les honoraires pour la prestation 102395 sont attestés du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 décembre 2013."</p>
"	102852	<p>"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) Supplément pour l'utilisation d'un passeport diabète par le médecin généraliste à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite (103132, 103412, 103434) N 7</p> <p>Le passeport diabète peut être utilisé par :</p> <p>a) le médecin généraliste qui gère le DMG ; b) le médecin généraliste qui fait partie d'un regroupement en médecine générale enregistré dont un membre gère le DMG.</p> <p>L'attestation de la prestation 102852 implique que le médecin généraliste, en ce qui concerne le diabète, ait discuté et noté les objectifs de l'accompagnement du patient diabétique, tant dans le passeport du diabète que dans le dossier médical global.</p> <p>La prestation 102852 ne peut être attestée qu'une fois par année civile.</p>
	101054	<p>Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL) N 5,53</p>
	102815	<p>Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation N 8</p>

---

102830	Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation accrédité	N 8 + Q 30
	Les consultations pré-anesthésie (102815 et 102830) ne peuvent être portées en compte que si les conditions reprises à l'article 12, § 3, 2° a), sont remplies.	
102896	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N 16
102911	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N 16 + Q 30
102233	Evaluation gériatrique pluridisciplinaire par le médecin spécialiste en gériatrie, avec rapport au médecin généraliste prescripteur	N 50
	La prestation 102233 est prescrite par le médecin généraliste traitant; elle est exécutée par le médecin spécialiste en gériatrie, dans la section polyclinique du service de gériatrie (G 300) d'un hôpital agréé avec la participation de l'équipe en personnel infirmier gériatrique et/ou paramédicale gériatrique et comprend une évaluation fonctionnelle physique, psychique et sociale du patient âgé de plus de 75 ans, à l'aide de tests fonctionnels validés.	
	La prestation 102233 comprend un rapport de la mise au point gériatrique avec une proposition de soins à domicile pluridisciplinaires individualisés ou d'admission adaptée dans un établissement de soins chroniques.	
102734	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie, y compris un rapport écrit éventuel	N 10,1
102756	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N 10,1 + Q 30
102034	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, y compris un rapport écrit éventuel	N 16
102550	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N 16 + Q 30

102955	Première consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants	N	40
102970	Première consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants	N Q	40 + 30

Les prestations 102955 et 102970 sont seulement attestables après renvoi circonstancié motivé par écrit par le médecin spécialiste traitant ou le médecin généraliste traitant. Le médecin référent met en outre à disposition le dossier médical.

L'identification du médecin référent (nom, prénom et numéro INAMI) apparaît sur l'attestation de soins donnés du médecin spécialiste en médecine interne.

Un rapport écrit proposant le suivi et le traitement ultérieurs est mis à disposition du médecin référent.

Le renvoi écrit ainsi que sa motivation et le rapport écrit par le médecin spécialiste en médecine interne sont joints au dossier médical du bénéficiaire.

Les prestations 102955 et 102970 ne sont pas cumulables avec des prestations techniques diagnostiques ou thérapeutiques.

Les prestations 102955 et 102970 sont seulement remboursables au bénéficiaire pour qui le dispensateur n'intervient pas lui-même comme médecin traitant.

102255	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine nucléaire et médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25
102874	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine nucléaire et médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N Q	25 + 30
102314	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25

102336	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N Q	25 + 30
102130	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16
102631	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	16 + 30
102115	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16
102616	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	16 + 30
102270	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25
102292	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N Q	25 + 30
102071	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	13
102572	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	13 + 30
102351	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25
102373	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N Q	25 + 30

102093	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16
102594	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	16 + 30
102211	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	20
102712	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	20 + 30
102174	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie ou un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, y compris un rapport écrit éventuel	N	20
102675	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie accrédité ou un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique et accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	20 + 30
102933	Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit	N	30
102992	Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit	N Q	30 + 30

Les prestations 102933 et 102992 sont attestables uniquement sur prescription motivée du médecin généraliste ou spécialiste traitant pour un patient chez qui on suspecte une démence débutante.

Chacune des prestations 102933 et 102992 peut être portée en compte seulement avec la prestation 477573.

Les deux prestations sont mentionnées sur la même attestation de soins donnés.

Les prestations 102933 et 102992 comprennent l'évaluation de l'examen neuropsychologique (prestation 477573) et des différents examens techniques complémentaires en imagerie médicale, en biologie clinique ou en psychiatrie, pour autant qu'ils soient nécessaires.

Le rapport écrit communiqué au médecin traitant prescripteur comporte le résultat des examens effectués, le diagnostic et un plan de traitement avec une proposition de traitement médicamenteux éventuel, d'appui aux soignants informels, de suivi psychosocial et de revalidation psychocognitive éventuelle.

Les différents éléments sont ajoutés au dossier médical du bénéficiaire.

Seule une de ces prestations, 102933 ou 102992, est remboursable par bénéficiaire, et au maximum 1 fois.

Aucune de ces deux prestations 102933 et 102992 ne peut être cumulée avec la prestation 102233.

102196	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	20
102690	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	20 + 30
102152	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	16
102653	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N Q	16 + 30
102012	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste autre que ceux cités aux n <sup>os</sup> 102034, 102174, 102196, 102211, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152 et 102734	N	8
102535	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités aux n <sup>os</sup> 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653 et 102756	N Q	8 + 30
102513	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures	N	6,5
102491	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	N	3

Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

**"C. Visites**

103110	Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	3	+
		E	1	
104510	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	11,48	+
		E	1	
104532	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	25,96	+
		E	1	
104554	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	13,49	+
		E	1	
103213	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	3	+
		E	0,5	
103235	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	3	+
		E	0,33	
104635	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures	D	7,42	
104613	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D	15,98	

104591	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	D	8,42
103132	Visite par le médecin généraliste	N D E	5,6 + 4 + 1
104215	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste	N D E	5,6 + 11,99 + 1
104230	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste	N D E	5,6 + 33,99 + 1
104252	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste	N D E	5,6 + 13,99 + 1
103412	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste	N D E	5,6 + 4 + 0,5
103434	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par le médecin généraliste	N D E	5,6 + 4 + 0,33
104333	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 18 et 21 heures	D	7,98
104311	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D	29,99
104296	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 heures	D	9,99
109734	Supplément pour assistance médicale pendant le transfert urgent du patient en ambulance à l'hôpital par le médecin généraliste à l'occasion d'une visite à domicile	N D E	5,6 + 6 + 1

L'assistance médicale pendant le transfert en ambulance est cumulable seulement avec une visite à domicile.

109723	Visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	

Le remboursement de la visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant (109723) est accordé une fois par semaine et n'est pas cumulé avec le remboursement d'autres soins donnés par ce médecin.

Le médecin généraliste inscrit dans son dossier un rapport de la concertation avec le médecin hospitalier.

109701	Visite dans un service Sp (soins palliatifs) par le médecin généraliste à la demande du patient ou d'un de ses proches	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	

La prestation 109701 ne peut être portée en compte qu'une fois par jour.

La prestation 109701 n'est pas cumulable avec des prestations techniques exécutées le même jour par le même médecin.

109045	Visite en hôpital psychiatrique par un médecin généraliste sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N	5,6	+
		D	4	+
		E	1	

109060	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,5	

109082	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,33	

Le médecin spécialiste en psychiatrie consigne la demande dans le dossier médical hospitalier. Il fera appel en priorité au médecin généraliste traitant.

Les visites en hôpital psychiatrique (109045, 109060 et 109082) sont remboursées seulement si le médecin généraliste a inscrit ses constatations et ses conclusions dans le dossier hospitalier du bénéficiaire.

Le remboursement des visites en hôpital psychiatrique (109015, 109060, 109082) est limité à 2 par mois et à 12 par an.

Les visites en hôpital psychiatrique peuvent uniquement être cumulées avec les majorations de visites (104296, 104311 et 104333).

103736	Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste en pédiatrie	N	6
104812	Visite au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie	N	8
104834	Visite au domicile du malade entre 21 heures et 8 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie	N	15
104856	Visite au domicile du malade du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie	N	10
104871	Visite au domicile du malade depuis la veille d'un jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie	N	10
103751	Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	15
103773	Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	13
103795	Visite dans un établissement où séjournent des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	17
103810	Visite dans un établissement où séjournent des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	15
103832	Visite dans un établissement où séjournent des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	13
	Les prestations n <sup>os</sup> 103751, 103773, 103795, 103810 et 103832 comprennent les frais de déplacement.		
103891	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures	N	3

103876	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	N	6,5
103854	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	N	3
103014	Visite au domicile du malade par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite	N	20
103051	Visite en maison de repos ou en maison de repos et de soins par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite	N	20
103073	Visite en résidence communautaire de personnes handicapées par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste appelé. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite	N	20

Pour les prestations 103014, 103051 et 103073, l'identification du médecin demandeur (nom, prénom et numéro INAMI) apparaît sur l'attestation de soins donnés du médecin spécialiste.

Par visite, il faut entendre l'examen fait à la résidence du malade, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection; les honoraires fixés pour la visite comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette visite.

Les prestations relatives à la visite du médecin de médecine générale sur base de droits acquis ou du médecin généraliste comprennent outre les honoraires de la visite telle que définie ci-avant (N) des honoraires de disponibilité (D) ainsi que des frais de déplacement (E)."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

**"D. Psychothérapies**

109513	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel	N	30	
109631	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel	N Q	30 90	+
	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel :			
109535	deux personnes, par personne	N	20	
109550	à partir de la 3 <sup>e</sup> personne, par personne	N	10	
109653	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel :			
	deux personnes, par personne	N Q	20 45	+ "
"	109572			
	"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + "A.R. 19.4.2014" (en vigueur 1.7.2014)			
	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 90 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de 8 patients maximum, y compris un rapport écrit éventuel, par personne			
		N	10	"

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

"a) Les honoraires pour les traitements psychothérapeutiques ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations techniques effectuées le même jour par le même psychiatre ou un autre.

b) Les honoraires pour les traitements psychothérapeutiques ne sont pas cumulables entre eux, ni avec les honoraires de la consultation effectuée le même jour par le même psychiatre ou un autre.

c) Les prestations prévues aux n<sup>os</sup> 109535, 109550 et 109572 supposent la prise en charge avec leur consentement de chaque personne du groupe en vue du diagnostic ou du traitement de leurs propres problèmes psychiatriques. L'hétéroanamnèse effectuée auprès des membres de la famille ou d'autres personnes de l'entourage du patient est couverte par les honoraires des consultations ou visites prévues par ailleurs.

d) Pour les seules prestations n<sup>os</sup> 109535, 109550 et 109572, un second médecin spécialiste en psychiatrie (à l'exclusion des médecins stagiaires en psychiatrie) qui assiste de façon active aux séances de traitement pendant toute la durée requise peut également les attester."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

**"E. Psychiatrie infanto-juvénile**

109675

Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie

N	40	+
Q	90	

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

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

109410

Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance

N	85	+
Q	90	

La prestation 109410 suppose, par séance, au moins un contact personnel d'au moins 60 minutes avec l'enfant ou l'adolescent et/ou le(s) responsable(s) de son éducation et de l'encadrement quotidien. La prestation peut de surcroît aussi être utilisée pour les contacts éventuels pour l'hétéro- anamnèse de tiers et pour la délivrance d'instructions aux tiers (médecin généraliste, institutions scolaires, centre d'accueil) et pour la supervision et l'interprétation commune des tests psychologiques nécessaires.

L'évaluation psychiatrique globale couvre, outre l'examen approfondi de l'enfant ou de l'adolescent de moins de 18 ans, l'établissement d'un plan de traitement détaillé, un ou plusieurs entretiens d'avis avec l'(les) adulte(s) responsable(s) de l'éducation et de l'encadrement quotidien et l'initiation du traitement.

La prestation 109410 peut être portée en compte au maximum sept fois par évaluation complète. La répétition éventuelle de cette évaluation pédopsychiatrique globale exige une nouvelle prescription du médecin traitant.

Les honoraires pour la prestation 109410 ne peuvent pas être cumulés le même jour, avec les honoraires pour des prestations techniques effectuées par le même médecin spécialiste en psychiatrie, ni avec les honoraires pour d'autres prestations de l'article 2.

109432 Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient N 85

109454 Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient N 85 +  
Q 30

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

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013) + Erratum M.B. 29.4.2013 + Erratum M.B. 15.5.2013

" 109395 Concertation pluridisciplinaire avec le psychologue ou l'orthopédagogue concernant le traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans N 23

Le médecin spécialiste accrédité en psychiatrie a précisé le rôle du psychologue ou de l'orthopédagogue dans un plan de traitement établi au cours :

a) d'une évaluation psychiatrique (109410);

b) d'une thérapie de médiation (109675);

c) ou d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie infantile (service K).

La concertation pluridisciplinaire a lieu en présence du médecin spécialiste accrédité en psychiatrie et du psychologue ou de l'orthopédagogue impliqués dans le traitement.

Un rapport est rédigé et signé par chaque participant.

L'assurance couvre au maximum 5 concertations pluridisciplinaires par an."

"A.R. 19.2.2013" (en vigueur 1.5.2013)

**"F. Dispositions générales**

1. La visite au domicile du malade par un médecin spécialiste autre que le médecin spécialiste en pédiatrie ne donne pas lieu à remboursement de l'assurance, sauf s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

2. Dans cette nomenclature des prestations de santé :

1° le médecin généraliste est le médecin qui a obtenu l'agrément et le titre professionnel particulier de médecin généraliste dans les conditions déterminées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

2° le médecin généraliste sur base de droits acquis est le médecin inscrit à l'Ordre des médecins et qui exerçait la médecine générale au 31 décembre 1994 sans être porteur d'un certificat de formation complémentaire délivré par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et dont la situation n'est pas réglée par une des dispositions de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes;

3° le titulaire du diplôme de médecin est :

A) soit le médecin inscrit à l'Ordre des médecins avant le 31 décembre 2004, qui exerçait la médecine sans être porteur d'un certificat de formation complémentaire délivré par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et dont la situation n'est pas réglée par une des dispositions de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. Ce médecin peut seulement effectuer des consultations et rédiger des prescriptions après la date du 31 décembre 2004;

B) soit le médecin inscrit à l'Ordre des médecins et à l'INAMI après le 31 décembre 2004 et dont l'activité médicale n'est celle ni du médecin généraliste sur base de droits acquis, ni du médecin généraliste, ni du médecin stagiaire, ni du médecin spécialiste (tel que repris à la liste de l'article 10, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 14 septembre 1984). Ce médecin peut seulement rédiger des prescriptions de produits pharmaceutiques après la date du 30 juin 2006.

3. Les prestations 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 et 104871 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés et quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes suite à une exigence particulière du patient.

4. Les jours fériés visés aux prestations n<sup>os</sup> 102410, 102454, 102491, 103854, 104252, 104296, 104554, 104591 et 104871 sont : 1<sup>er</sup> janvier, lundi de Pâques, 1<sup>er</sup> mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1<sup>er</sup> novembre, 11 novembre, 25 décembre.

5. Pour l'application du présent article et de l'article 25, les médecins qui sont agréés par le Ministre de la Santé publique pour plusieurs spécialités appliqueront pour les honoraires des consultations et de la surveillance des bénéficiaires hospitalisés, ceux qui correspondent à la qualification de la pathologie traitée ou au type de service où à lieu la surveillance."