

A.R. 28.2.2022 M.B. 11.3.2022

En vigueur 1.5.2022

+

A.R. 8.2.2022 M.B. 03.10.2022

En vigueur 1.4.2022

+

A.R. 14.03.2023 M.B. 24.03.2023

En vigueur 1.1.2022

■ [Modifier](#)

■ [Insérer](#)

■ [Enlever](#)

Article 2 - CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS

Art. 2.

...

B. Consultations au cabinet

...

2. Médecins spécialistes"

...

102690

Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel au médecin traitant

N 20 +
Q 30

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

A.R. 8.2.2022 - M.B. 3.10.2022 - 2022/42060

103493 103504 Evaluation physiothérapeutique multidisciplinaire par le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation pour un bénéficiaire avec une lésion médullaire transverse récent

N 50

La prestation 103493-103504 est effectuée dans le service de physiothérapie d'un hôpital reconnu qui est lié à un centre de rééducation fonctionnelle pour rééducation locomotrice et neurologique, qui a conclu une convention 9.50 ou 7.71 ou 9.51 avec l'INAMI.

A la séance d'évaluation multidisciplinaire participent au moins deux professionnels parmi lesquels un ergothérapeute ou kinésithérapeute.

La prestation 103493-103504 comprend un rapport médical circonstancié concernant la mise au point physiothérapeutique avec une proposition de soins à domicile multidisciplinaires individualisés ou une admission adaptée dans un établissement de soins chroniques. Ce rapport fait partie du dossier médical du patient et est transmis au médecin spécialiste traitant et au médecin généraliste.

Le rapport médical circonstancié consiste en un résumé des différentes sections de l'évaluation multidisciplinaire, de la décision multidisciplinaire et du plan de soins.

La prestation 103493-103504 peut être attestée uniquement 3 fois par année ~~calendrier~~ civile par patient pendant une période maximale de 3 années ~~calendaires~~ civiles.

Par « lésion médullaire transverse récente », on entend un diagnostic établi au maximum 3 années, de date à date, avant la date de la première prestation 103493-103504. "

A.R. 14.03.2023 – M.B. 24.03.2023 – C- 2023/41250

Art. 2.

...

B. Consultations au cabinet

...

1. Médecins généralistes

...

102771

Gestion du dossier médical global (DMG)

N 8,415

Le DMG contient les données suivantes mises à jour régulièrement :

- a) les données socio-administratives;
- b) les antécédents;
- c) les problèmes;
- d) les rapports des autres dispensateurs de soins;
- e) les traitements chroniques;
- f) les mesures préventives adoptées en fonction de l'âge et du sexe du patient et portant au minimum sur :
 1. le mode de vie (alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool);
 2. les maladies cardiovasculaires (anamnèse, examen clinique, acide acétylsalicylique pour les groupes à risque);
 3. le dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du col utérin;
 4. la vaccination (diphtérie, tétanos, grippe et pneumocoque);
 5. les dosages biologiques : lipides (> 50 ans), glycémie (> 65 ans), créatinine et protéinurie (pour les groupes à risque);

6. le dépistage de la dépression;
7. les soins bucco-dentaires;

~~g) pour un patient de 45 à 74 ans qui bénéficie du statut affection chronique, diverses données cliniques et biologiques utiles à l'évaluation de l'état de santé du patient et à l'amélioration de la qualité des soins.~~

g) pour un patient de 30 à 84 ans inclus, qui bénéficie du statut affection chronique, diverses données cliniques et biologiques utiles à l'évaluation de l'état de santé du patient et à l'amélioration de la qualité des soins.

Le DMG est géré par un médecin généraliste; un médecin généraliste en formation ne peut pas être gestionnaire du DMG.

Le médecin généraliste utilise uniquement un dossier médical informatisé pour la gestion du DMG.

La gestion du DMG est réalisée à la demande du patient ou de son mandataire dûment identifié; cette demande figure dans le dossier du patient.

La prestation pour la gestion du DMG est accordée une fois par année civile.

La prestation est cumulée avec une prestation pour une consultation (101032, 101076) ou une visite (103132, 103412, 103434) au minimum une fois tous les deux ans.

~~La prestation est majorée de 83,33 % de l'année du 45^{ème} anniversaire jusqu'à l'année du 75^{ème} anniversaire d'un patient qui avait le statut affection chronique l'année précédente."~~

"La prestation est majorée de 83,33 % de l'année du 30^{ème} anniversaire jusqu'à l'année du 85^{ème} anniversaire d'un patient qui avait le statut affection chronique l'année précédente."