

Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Chapitre I^{er}. Généralités

Art. 1^{er}

§ 1^{er}

Chaque prestation est désignée dans la présente nomenclature par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation.

§ 2

²[Le libellé de chaque prestation est suivi de la mention d'une lettre-clé: la lettre-clé est N pour les avis, visites et consultations de tout médecin ou praticien de l'art dentaire ainsi que pour certaines prestations techniques des docteurs en médecine, ⁴[D pour la disponibilité, E pour le déplacement du médecin de médecine générale ou du médecin porteur d'un certificat de formation complémentaire]⁴, B et F pour les prestations de biologie clinique et les prestations de médecine nucléaire in vitro, K pour les autres prestations techniques des docteurs en médecine, A et C pour la surveillance par tout médecin d'un bénéficiaire hospitalisé, L pour les prestations techniques des praticiens de l'art dentaire, V pour celles des accoucheuses, M pour celles des kinésithérapeutes et W pour celles des infirmières et du personnel de soins; la lettre-clé est Z pour les prestations relevant de la compétence des opticiens, S pour celles relevant de la compétence des acousticiens, Y pour celles relevant de la compétence des bandagistes; ⁶[T pour celles relevant de la compétence des orthopédistes et U pour celles relevant de la compétence des fournisseurs d'implants]⁶, ¹⁰[R pour celles de logopèdes]¹⁰, ⁷[Q pour le supplément d'honoraires de tout médecin accrédité]⁷ ⁸[ou de tout pharmacien biologiste accrédité ou de tout licencié en sciences agrées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique et accrédité.]⁸

Cette lettre-clé est suivie d'un nombre-coefficient qui exprime la valeur relative de chaque prestation.]²

§ 3

La lettre-clé est un signe dont la valeur en francs est fixée conventionnellement: cette valeur peut varier pour chacune des lettres-clés.

§ 4

Toute note établie pour attester avoir effectué une quelconque prestation doit mentionner le numéro d'ordre visé au § 1^{er}.

³[De la présence physique du médecin prestataire]³

³[§ 4bis

I. Sans préjudice des dispositions de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'art de guérir, à l'exercice des professions qui s'y rattachent et aux commissions médicales ainsi que de la loi du 20 décembre 1974 qui le complète en ce qui concerne l'art infirmier, dans le cadre des limites fixées par l'article 50 dudit arrêté royal, le médecin prestataire peut porter en compte à l'assurance malade-invalidité des prestations exécutées avec l'aide d'auxiliaires qualifiés pour autant qu'il ne leur ait confié, sous sa responsabilité et sous son contrôle personnel, que des actes préparatoires au diagnostic ou relatifs à l'application de traitement ou de mesure de médecine préventive inclus dans ces prestations.

II Catégories de prestations.

A.

Prestations qui demandent la présence physique du médecin:

a)

les consultations ¹⁵[...] et visites des médecins de médecine générale et des médecins spécialistes ¹⁵[reprises]¹⁵ à l'article 2;

b)

la surveillance médicale des bénéficiaires hospitalisés reprise à l'article 25;

c)

¹⁴[les prestations thérapeutiques reprises sous les rubriques suivantes: l'article 2]¹⁴, soins courants aux articles 3 ¹³[...] et 5, prestations spéciales générales à l'article 11, de chirurgie aux articles 14 (à l'exclusion du renouvellement des appareils plâtrés) et 16, de radiodiagnostic à l'article 17, de radiumthérapie et de traitement par isotopes radioactifs (en ce qui concerne leur administration) à l'article 18, de médecine interne à l'article 20, de dermato-vénérologie à l'article 21 à l'exclusion du traitement PUWA;

d)

les prestations ¹⁸[...] reprises à l'article 12 ainsi que la phase d'installation des prestations invasives de réanimation reprises à l'article 13 à l'exclusion de la surveillance de ces dernières;

e)

les accouchements, sans préjudice de ceux qui sont légalement prescrits aux accoucheuses ou prestés par elles, et les actes thérapeutiques obstétricaux qu'ils peuvent entraîner, repris à l'article 9;

f)

les prestations diagnostiques invasives réalisées notamment à l'aide de cathéters, d'endoscopes, de tout instrument de mesure intracavitaire ou intravasculaire, de trocards (à l'exclusion des ponctions pour prélèvements sanguins) ainsi que les prélèvements de tissus dans les diverses disciplines médicales reprises aux articles 3, 11, 14, 17, 20, 21 et 24;

g)

les prestations d'échographies reprises ¹⁶[aux articles 17bis et 17quater]¹⁶ et les prestations de radiodiagnostic reprises à l'article 17 qui comportent des études cinétiques ou l'administration au malade de produits de contraste, de marqueurs ou de drogues;

h)

les tests fonctionnels et scintigraphies avec administration de produits marqués repris à l'article 18, § 2, dont le déroulement est susceptible d'être modifié par les constatations faites par le médecin prestataire en cours d'exécution;

i)

les épreuves fonctionnelles à risque telles les épreuves d'effort en cardiologie (article 20) et les tests de provocation (articles 11, 14, 20 et 21);

j)

²¹[les prestations d'électrodiagnostics telles l'électrodiagnostic de régions et l'électromyographie repris aux articles 14, 20 et 22;]²¹

k)

²⁰[la prestation 558773-558784 (manipulations vertébrales) reprise à l'article 22, II, a), 1°, et la prestation 558950-558961 (examen d'admission) reprise à l'article 22, II, a), 2°.]²⁰

B.

Prestations dont une partie technique de l'exécution peut être confiée à des auxiliaires qualifiés sous la réserve expresse que le médecin prestataire puisse intervenir immédiatement en cas de besoin, dans les conditions énumérées ci-après sub. 1 et 2.

1.

a)

Les prestations de radiothérapie reprises à l'article 18, § 1^{er};

b)

les tests fonctionnels de biologie clinique avec injections de drogues au malade (article 24), les épreuves pharmacocinétiques en général (article 20);

c)

²¹[la mesure des potentiels évoqués (E.P.) et des "event related potentials" (E.R.P.) repris aux articles 14, 20 et 22.]²¹

Pour les prestations sous B, 1. a) et b), le médecin prestataire peut confier à des auxiliaires qualifiés la surveillance du malade pendant la durée de l'irradiation (a) ou pendant le déroulement de l'épreuve après administration de la drogue (b) pour autant qu'il s'agisse de tâches dont l'exécution a été définie par le médecin prestataire et qui soit connue de l'auxiliaire, que le médecin lui ait donné les instructions personnalisées pour chaque malade et puisse intervenir immédiatement en cas d'appel de l'auxiliaire.

²¹[Pour les types de prestations a), b) et c)]²¹, le médecin doit être présent dans le service où s'effectue la prestation, doit être constamment appelable et pouvoir intervenir dans les plus brefs délais. Il appartient au médecin prestataire d'apprécier dans chaque cas individuel s'il doit demeurer dans la salle où le malade se trouve ou peut se tenir dans les locaux voisins.

2.

a)

Les prestations de biologie clinique (articles 3 et 24 hormis les tests fonctionnels visés sous le littéra B, 1, b) du présent paragraphe) de médecine nucléaire in vitro (article 18), d'anatomie pathologique (article 32), de génétique médicale (article 33);

b)

les radiographies pour examen direct et sans produit de contraste de la tête, du cou, du thorax et de l'abdomen ainsi que de leurs différentes régions, du système ostéo-articulaire, les examens tomographiques s'y rapportant, repris à l'article 17;

c)

⁴[les mesures de densitométrie reprises aux articles 17 et 18, les mesures de radioactivité totale du corps humain ainsi que les tests fonctionnels et les scintigraphies repris à l'article 18, à l'exclusion de ceux visés au littéra A, h) du présent paragraphe;]⁴

d)

les tests fonctionnels de pneumologie et de gastroentérologie repris aux articles 13 et 20;

e)

les prestations diagnostiques comportant l'enregistrement de signaux électriques de divers organes telles notamment: électrocardiogramme, enregistrement Holter, électroencéphalogrammes de divers types avec ou sans stimulation, polygraphie et polysomnographie reprises aux articles 3 et 20;

f)

les prestations diagnostiques comportant l'enregistrement de signaux acoustiques émis ou perçus, reprises aux articles 14 et 20;

g)

²⁰[les traitements PUVA et les prestations de l'article 22, II, a), 2°, et b), à l'exception des prestations 558773-558784 et 558950-558961;]²⁰

h)

la surveillance des divers types de transfusion de sang et de ses dérivés reprise ¹³[à l'article 20]¹³ ainsi que celle des divers types d'épuration extrarénale reprises à l'article 20;

i)

le renouvellement des appareils plâtrés repris à l'article 14.

Les prestations sous B, 2, a) à i) effectuées avec l'aide d'auxiliaires qualifiés peuvent être portées en compte à l'assurance maladie-invalidité pour autant que les conditions suivantes de contrôle des prestations et de présence physique du médecin prestataire soient réalisées.

a)

Conditions de contrôle des prestations.

Le médecin prestataire doit:

—

s'assurer de la qualification de ses collaborateurs, de leur compétence réelle, leur donner la formation complémentaire requise pour les méthodes et le fonctionnement de l'appareillage qui leur est confié;

—

établir des instructions écrites pour toutes les manipulations et techniques qui leur sont confiées;

—

contrôler de façon régulière la manière dont ses auxiliaires qualifiés suivent les instructions;

—

définir et contrôler les conditions auxquelles les demandes d'examens doivent répondre pour que ses auxiliaires qualifiés puissent en entamer la partie qui leur est confiée;

—

surveiller si les conditions d'application des techniques aux patients sont adéquates, si les conditions de prélèvement et de conservation des échantillons sont correctes;

–
introduire des contrôles de qualité et en surveiller les résultats;

–
être disponible à toute demande de ses auxiliaires qualifiés au cas où ces derniers éprouvent des difficultés dans la réalisation des actes qui leur sont confiés;

–
analyser de façon régulière la qualité du travail des auxiliaires qualifiés;

–
pour toutes les prestations diagnostiques, rédiger un protocole mentionnant le résultat et les éléments nécessaires à leur interprétation pour aider le médecin traitant dans le diagnostic ou le traitement du malade. Les prestations qui, par suite d'écarts dans leur exécution, n'auraient pas fourni de résultats fiables ne peuvent être portées en compte à l'assurance maladie-invalidité.

b)

Conditions de présence physique du médecin prestataire.

Le médecin prestataire doit être présent dans le service ou dans les autres services de l'institution où sa présence est requise dans le cadre de son activité médicale au sein de cette institution. De plus, il doit être callable à tout moment par ses auxiliaires qualifiés. La notion d'institution recouvre celle d'hôpital pour le médecin hospitalier, de polyclinique pour le médecin ayant une pratique de groupe dans le secteur ambulatoire ou des locaux constituant son cabinet pour le praticien isolé.

Ces conditions de présence et de disponibilité impliquent:

1.

que le médecin soit présent dans l'institution pour les actes thérapeutiques, pendant la durée complète du travail de ses auxiliaires qualifiés et pour les actes diagnostiques, pendant la durée du travail de la majorité de ses auxiliaires, c'est-à-dire pendant les heures ouvrables normales à l'institution;

2.

qu'il soit callable en dehors des heures ouvrables et notamment la nuit au cas où une permanence d'auxiliaires qualifiés est organisée dans l'institution;

3.

qu'il soit présent les week-ends et jours fériés pendant les périodes de la journée où est exécutée la majorité des actes;

4.

que la liste mensuelle des médecins spécialistes callable et présents les week-ends et jours fériés soit déposée chez le médecin chef de l'établissement hospitalier ou que la liste des praticiens soit déposée chez le médecin chargé de l'organisation de la pratique de groupe; ces listes doivent être conservées pendant deux ans et être à la disposition des organismes de contrôle.

Les conditions de contrôle des prestations et les conditions de présence physique du prestataire qui se rapportent aux prestations de biologie clinique (articles 3 et 24) et de médecine nucléaire in vitro (article 18) visées sous le point II, B, 2, a), sont également applicables aux prestations effectuées par les pharmaciens biologistes et les licenciés en sciences visés aux articles 3, § 3, 19, § 5bis et 24, § 5.]³

³[Des honoraires du médecin maître de stage et médecin stagiaire]³

³[§ 4ter

⁵[Dans le cadre des obligations réciproques imposées au maître de stage dans une spécialité et au candidat-spécialiste par l'arrêté ministériel du 30 août 1978 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage notamment dans ses articles 1^{er} à 8, 12 à 20 et 25 à 26, ainsi que dans celles imposées au maître de stage en médecine générale et au candidat médecin généraliste agréé par l'arrêté ministériel du 1^{er} décembre 1987 fixant les critères d'agrément en médecine générale, notamment dans le point 2 de l'annexe, le maître de stage peut porter en compte à l'assurance maladie-invalidité, les prestations effectuées par le médecin stagiaire au sein du service de stage ou du cabinet du maître de stage en médecine générale si l'ensemble des conditions définies ci-après sont satisfaites.]⁵

1. Maître de stage en médecine spécialisée.

a)

Pendant les heures normales de service dans l'institution, le maître de stage ou un collaborateur médecin spécialiste dans la même discipline, mandaté par lui pour effectuer le contrôle des prestations déléguées aux médecins stagiaires, doit être physiquement présent dans le service.

b)

En dehors des heures normales susmentionnées, le maître de stage ou un médecin spécialiste de la même discipline délégué par lui doit être callable 24 heures sur 24 par le médecin stagiaire assurant la garde intra muros et doit être à sa disposition dans les plus brefs délais.

c)

Les week-ends et jours fériés, le maître de stage ou un médecin de la même discipline délégué par lui doit effectuer des visites de contrôle des médecins stagiaires.

d)

La liste mensuelle des médecins spécialistes de la même discipline, callable chaque jour et de ceux qui sont chargés des visites de contrôle les week-ends et jours fériés doit être déposée chez le médecin-chef de l'institution hospitalière, elle doit être conservée pendant deux ans et être à la disposition des organismes de contrôle.

⁵[Lorsque l'une des conditions décrites ci-dessus n'est pas remplie, l'honoraire de la prestation effectuée par le médecin stagiaire ne peut être porté en compte par le maître de stage et le médecin stagiaire n'est autorisé à porter en compte les prestations relevant de la spécialité qu'il poursuit et effectuées dans le cadre de sa formation qu'à concurrence de 75 % des valeurs inscrites dans la nomenclature.]⁵

2. Maître de stage en médecine générale.

a)

Lorsque le maître de stage et le médecin stagiaire travaillent simultanément au cabinet du premier.

b) Lorsque le médecin stagiaire effectue les visites qui lui sont confiées par le maître de stage ou lorsqu'il assure la consultation pendant les déplacements professionnels de celui-ci, le maître de stage doit être constamment appelable et pouvoir être à la disposition du médecin stagiaire dans les plus brefs délais.

c) Pour garantir l'appel immédiat et la disponibilité constante, le maître de stage et le stagiaire doivent disposer de moyens de communication adéquats.

Lorsqu'une de ces conditions n'est pas remplie, le maître de stage ne peut porter en compte les prestations confiées au médecin stagiaire et celui-ci ne peut porter en compte ses prestations qu'avec les honoraires et taux de remboursement prévus pour les médecins de médecine générale qui ne sont pas porteurs d'un certificat de formation complémentaire ou pour les médecins de médecine générale qui suivent la formation visant à obtenir le certificat précité lorsqu'il s'agit des prestations visées à ¹²[l'article 2, J]¹² et à l'article 3, § 1^{er}, B.

Il en est de même lorsque le médecin stagiaire preste des activités en dehors de celles qui lui sont confiées par son maître de stage.]³

§ 5
¹⁸[L'anesthésie mentionnée à l'article 12, § 1^{er}, a), b) et c)]¹⁸ ne peut jamais être honorée lorsqu'elle accompagne une prestation technique précédée, dans la nomenclature, d'un astérisque.

Toutefois, pour les prestations techniques précédées de deux astérisques, l'anesthésie est honorée lorsque le praticien qui les a effectuées a fait lui-même appel au concours d'un médecin spécialiste en anesthésiologie.

§ 6
Les honoraires ¹[...], pour anesthésie, pour soins dentaires et, lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de spécialiste en biologie clinique, pour les prestations de biologie clinique, ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade.

Sans préjudice des dispositions reprises par ailleurs dans la nomenclature, les honoraires pour les autres prestations techniques sont remboursés en supplément des honoraires pour ces consultations ou visites.

§ 7
Les interventions pratiquées dans un but purement esthétique ne sont pas honorées, sauf dans les cas admis dans les programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle visés à l'article 19 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, en vue de permettre au bénéficiaire d'obtenir ou de conserver un emploi.

§ 8
Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations ou par les règles de la déontologie médicale, les rapports, documents, tracés, graphiques mentionnés dans les libellés de cette nomenclature, ainsi que les protocoles de radiographies et d'analyses de laboratoire doivent être conservés pendant une période d'au moins deux ans.

§ 9
Les prestations effectuées dans le cadre de la recherche scientifique ou dans le cadre d'essais cliniques de produits ou d'appareillages, à la demande de firmes commerciales, ne peuvent pas être portées en compte.

⁷[§ 10
⁸[Des suppléments d'honoraires peuvent être attribués pour certaines prestations lorsqu'elles sont effectuées par un médecin ou un pharmacien biologiste ou un licencié en sciences agréé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique bénéficiant de l'accréditation selon les conditions et la procédure prévues dans les accords nationaux médico-mutualistes et les conventions visés respectivement aux articles 50 et 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.]⁸

Le médecin bénéficiant d'une telle accréditation est dénommé: médecin accrédité.

⁸[¹¹[Le pharmacien biologiste bénéficiant d'une telle accréditation est dénommé: pharmacien biologiste accrédité.]¹¹
Le licencié en sciences qui est agréé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique et qui bénéficie d'une telle accréditation, est dénommée licencié en sciences accrédité.]⁸

Les consultations effectuées par un médecin accrédité ainsi que les traitements psychothérapeutiques effectués par un médecin accrédité spécialiste en psychiatrie ¹⁷[...] sont assujettis aux mêmes règles que les prestations correspondantes prévues pour le médecin non accrédité.

Les suppléments d'honoraires visés au présent paragraphe ne peuvent pas être pris en considération pour l'application des dispositions prévues aux articles 16, § 5 et 26.]⁷

¹⁴[§ 11
Sauf indication contraire, dans cette nomenclature, pour les prestations qui peuvent être attestées par un médecin, l'expression "par an" signifie une période de douze mois, de date à date.]¹⁴

²²[§ 12

La présente nomenclature des prestations de santé entend par:

- 1° médecin généraliste: le médecin qui est agréé en tant que tel par le Ministre de la Santé publique dans les conditions déterminées par ce dernier;
- 2° médecin généraliste en formation: le titulaire d'un diplôme de médecin qui satisfait aux dispositions de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes;
- 3° médecin généraliste sur base de droits acquis: le médecin qui est inscrit auprès de l'Ordre des médecins et qui, au 31 décembre 1994, exerçait la médecine générale sans être porteur d'un certificat de formation complémentaire, délivré par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, et dont la situation n'est pas réglée par une des dispositions de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes;
- 4° titulaire d'un diplôme de médecin: la personne qui, conformément aux articles 2, § 1^{er}, et 7, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, peut exercer l'art de guérir, et qui n'est pas agréée ou en formation comme médecin généraliste, ni agréée ou en formation comme médecin spécialiste dans une des spécialités mentionnées à l'article 10, § 1^{er}, de la présente nomenclature, ni ne satisfait aux critères mentionnés sous le 3° de médecin généraliste sur base de droits acquis;

5°

médecin spécialiste: le médecin qui est agréé en tant que tel par le Ministre de la Santé publique dans les conditions déterminées par ce dernier, et dont la spécialité est mentionnée à l'article 10, § 1^{er}, de cette nomenclature;

6°

médecin spécialiste en formation: le titulaire d'un diplôme de médecin qui satisfait aux dispositions de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes.

1²²

22]§ 13

Le titulaire d'un diplôme de médecin a le droit de rédiger des prescriptions, d'attester une consultation ainsi que les prestations pour lesquelles la nomenclature stipule qu'elles peuvent être portées en compte par tout médecin ou les prestations que le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions l'a habilité à effectuer.

1²²

VERSION(S) PRECEDENTE(S)

Historique du texte

Art. modifié par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 13 novembre 1989 (*M.B.*, 20 décembre 1989), en vigueur le 20 décembre 1989 (art. 10).
§ 2 remplacé par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 22 juillet 1988 (*B.S.*, 30 juillet 1988), en vigueur le 1^{er} août 1988 (art. 19), modifié par l'art. 1^{er}, § 1^{er} de l'A.R. du 19 décembre 1991 (*M.B.*, 31 décembre 1991), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 16), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 24 août 1994 (*M.B.*, 19 octobre 1994), en vigueur le 19 octobre 1994 (art. 4), par l'art. 1.1 de l'A.R. du 7 août 1995 (*M.B.*, 26 août 1995), en vigueur le 1^{er} septembre 1995 (art. 14), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 29 octobre 1997 (*M.B.*, 26 novembre 1997), en vigueur le 1^{er} janvier 1998 (art. 3) et par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 26 avril 1999 (*M.B.*, 30 avril 1999), en vigueur le 1^{er} mai 1999 (art. 5).
§ 4bis inséré par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 13 novembre 1989 (*M.B.*, 20 décembre 1989), en vigueur le 20 décembre 1989 (art. 10), modifié par l'art. 1^{er}, § 2 de l'A.R. du 19 décembre 1991 (*M.B.*, 31 décembre 1991), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 16), par l'art. 1^{er}, A. et B. de l'A.R. du 27 février 2002 (*M.B.*, 1^{er} mars 2002 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} mars 2002 (art. 12), par l'art. 1^{er}, 1° de l'A.R. du 17 avril 2002 (*M.B.*, 27 juin 2002 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} août 2002 (art. 4), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 15 avril 2002 (*M.B.*, 3 juillet 2002 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} septembre 2002 (art. 3), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 26 mars 2003 (*M.B.*, 31 mars 2003 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} avril 2003 (art. 10), par l'art. 1^{er}, 1° de l'A.R. du 7 juin 2007 (*M.B.*, 20 juin 2007 (troisième éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2007 (art. 8), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 14 septembre 2007 (*M.B.*, 8 octobre 2007), en vigueur le 1^{er} décembre 2007 (art. 4), par l'art. 1^{er}, 1°, a) et b) et 3° de l'A.R. du 27 septembre 2009 (*M.B.*, 20 octobre 2009 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} décembre 2009 (art. 4) et par l'art. 1^{er}, 1° et 2°, a) et b) de l'A.R. du 20 septembre 2012 (*M.B.*, 28 septembre 2012 (troisième éd.)), en vigueur le 1^{er} novembre 2012 (art. 4).
§ 4ter inséré par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 13 novembre 1989 (*M.B.*, 20 décembre 1989), en vigueur le 20 décembre 1989 (art. 10), modifié par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 5 mars 1992 (*M.B.*, 3 avril 1992), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 7) et par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 29 avril 1999 (*M.B.*, 27 mai 1999), en vigueur le 1^{er} juillet 1999 (art. 11).
§ 5 modifié par l'art. 1^{er}, 2° de l'A.R. du 7 juin 2007 (*M.B.*, 20 juin 2007 (troisième éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2007 (art. 8).
§ 6 modifié par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 30 janvier 1986 (*M.B.*, 19 février 1986).
§ 10 inséré par l'art. 1.2 de l'A.R. du 7 août 1995 (*M.B.*, 26 août 1995), en vigueur le 1^{er} septembre 1995 (art. 14), modifié par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 29 octobre 1997 (*M.B.*, 26 novembre 1997), en vigueur le 1^{er} janvier 1998 (art. 3), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 29 avril 1999 (*M.B.*, 27 mai 1999), en vigueur le 1^{er} janvier 1998 (art. 3) et par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 30 novembre 2003 (*M.B.*, 12 décembre 2003 (première éd.)), en vigueur le 1^{er} janvier 2005 (art. 3).
§ 11 inséré par l'art. 1^{er}, 2° de l'A.R. du 17 avril 2002 (*M.B.*, 27 juin 2002 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} août 2002 (art. 4).
§§ 12 et 13 insérés par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 23 août 2014 (*M.B.*, 16 septembre 2014), en vigueur le 1^{er} novembre 2014 (art. 5).

Modifications antérieures

§ 4ter modifié par l'art. 1^{er}, § 3 de l'A.R. du 19 décembre 1991 (*M.B.*, 31 décembre 1991 (première éd.)), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 16).

Remarque rédactionnelle

La modification par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 14 septembre 2007 (*M.B.*, 8 octobre 2007) ne peut pas être faite.

La modification par article 1^{er}, 2° de l'A.R. du 27 septembre 2009 (*M.B.*, 20 octobre 2009 (deuxième éd.)) ne peut pas être faite.

Chapitre II. ³[Consultations, visites et avis de médecins de médecine générale et de médecins spécialistes, psychothérapies et autres prestations]³²

Historique du texte

Chapitre II (art. 2) remplacé par l'art. 2 de l'A.R. du 30 janvier 1986 (*M.B.*, 19 février 1986), en vigueur le 1^{er} juillet 1986 (art. 19). Intitulé modifié par l'art. 2, A de l'A.R. du 29 avril 1999 (*M.B.*, 27 mai 1999), en vigueur le 1^{er} juillet 1999 (art. 11).

Modifications antérieures

Intitulé remplacé par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 31 janvier 1986 (*M.B.*, 19 février 1986), en vigueur le 1^{er} avril 1986 (art. 8).

[Art. 2

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.

B Consultations au cabinet

101010	N 6
Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis	
⁵¹ [...]	
102454	D 8,42
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	
102476	D15,98
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	
⁵¹ [Les prestations 101010, 102454 et 102476 peuvent être attestées par le titulaire d'un diplôme de médecin] ⁵¹	
101032	N 8
Consultation au cabinet par un médecin généraliste	
101076	N 8 +
Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	
	Q 30
102432	D17,99
Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures	
102410	D 9,99
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	
102771	N8,415
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	

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

N 3

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)

Les honoraires peuvent être portés en compte une fois par année civile aux bénéficiaires du groupe cible, âgés de 45 à 75 ans.

Le module de prévention peut être réalisé par:

- 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.

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.

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.

Les honoraires pour la prestation 102395 sont attestés du 1^{er} avril 2011 au 31 décembre 2013.

102852

N 7

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)

Le passeport diabète peut être utilisé par:

- 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.

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.

La prestation 102852 ne peut être attestée qu'une fois par année civile.

101054 N 5,53

Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL)

102815 N 8

Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation

102830 N 8 +

Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation accrédité

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 N 16

Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie, y compris un rapport écrit éventuel

102911 N 16 +

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

Q 30

102233 N 50

Evaluation gériatrique pluridisciplinaire par le médecin spécialiste en gériatrie, avec rapport au médecin généraliste prescripteur

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 N 10,1

Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie, y compris un rapport écrit éventuel

102756 N 10,1 +

Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel

Q 30

102034 N 16

Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, y compris un rapport écrit

éventuel

102550 N 16 +

Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, y compris un rapport écrit éventuel

Q 30

102955 N 40

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

102970 N 40 +

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

Q 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 N 25

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

102874 N 25 +

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

Q 30

102314 N 25

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

102336 N 25 +

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	Q 30
102130	N 16
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie, y compris un rapport écrit éventuel	
102631	N 16 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	Q 30
102115	N 16
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, y compris un rapport écrit éventuel	
102616	N 16 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	Q 30
102270	N 25
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	
102292	N 25 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	Q 30
102071	N 13
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	
102572	N 13 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	Q 30
102351	N 25
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	
102373	N 25 +
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	

	Q 30
102093	N 16
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie, y compris un rapport écrit éventuel	
102594	N 16 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	
	Q 30
102211	N 20
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	
102712	N 20 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	
	Q 30
102174	N 20
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	
102675	N 20 +
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	
	Q 30
102933	N 30
Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit	
102992	N 30 +
Bilan diagnostic spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit	
	Q 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 psycho-cognitive 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	N 20
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	
102690	N 20 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	
	Q 30
102152	N 16
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	
102653	N 16 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	
	Q 30
102012	N 8
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste autre que ceux cités aux n ^{os} 102034, 102174, 102196, 102211, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152 et 102734	
102535	N 8 +
Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités aux n ^{os} 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653 et 102756	
	Q 30
102513	N 6,5
Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures	
102491	N 3
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	

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.

C Visites

103110	N4,2 +
Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis	
	D3 +
	E1
104510	N4,2 +
Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	
	D11,48+
	E1
104532	N4,2 +
Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	
	D25,96+
	E1
104554	N4,2 +
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	
	D13,49+
	E1
103213	N4,2 +
Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis	
	D3 +
	E0,5
103235	N4,2 +
Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis	
	D3 +
	E0,33
104635	D7,42
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	
104613	D15,98
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

104591 D8,42

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

103132 N5,6 +

Visite par le médecin généraliste

D4 +

E1

104215 N5,6 +

Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste

D11,99+

E1

104230 N5,6 +

Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste

D33,99+

E1

104252 N5,6 +

Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste

D13,99+

E1

103412 N5,6 +

Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste

D4 +

E0,5

103434 N5,6 +

Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par le médecin généraliste

D4 +

E0,33

104333 D7,98

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

104311 D29,99

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

104296 D9,99

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

109734 N5,6 +

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

D6 +

E1

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

109723 N5,6 +

Visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant

D6 +

E1

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 N5,6 +

Visite dans un service Sp (soins palliatifs) par le médecin généraliste à la demande du patient ou d'un de ses proches

D6 +

E1

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 N5,6 +

Visite en hôpital psychiatrique par un médecin généraliste sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie

D4 +

E1

109060 N5,6 +

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

D4 +

E0,5

109082

N5,6 +

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

D4 +

E0,33

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

N6

Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste en pédiatrie

104812

N8

Visite au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie

104834

N15

Visite au domicile du malade entre 21 heures et 8 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie

104856

N10

Visite au domicile du malade du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie

104871

N10

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

103751

C15

Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie

103773

C13

Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie

103795

C17

Visite dans un établissement où séjourment des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) par un médecin spécialiste en pédiatrie

103810 C15

Visite dans un établissement où séjourment 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

103832 C13

Visite dans un établissement où séjourment 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

Les prestations nos 103751, 103773, 103795, 103810 et 103832 comprennent les frais de déplacement.

103891 N3

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

103876 N6,5

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

103854 N3

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

103014 N20

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

103051 N20

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

103073 N20

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

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).

D Psychothérapies

109513 N30

Séance d'un traitement psychothérapique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel

109631 N30+

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

Q90

Séance d'un traitement psychothérapique 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 N20

deux personnes, par personne

109550 N10

à partir de la 3^e personne, par personne

109653 N20+

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 Q45

109572 N10

Séance d'un traitement psychothérapique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 90 minutes, avec prise en charge d'un groupe de 8 patients maximum, y compris un rapport écrit éventuel, par personne

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^{os} 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 nos 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.

Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie, 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

109675

N 40 +

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

Q 90

⁵⁰[La psychothérapie 109366 ou 109675]⁵⁰ 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.

⁵⁰[109351N 85]⁵⁰

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, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance

109410

N 85 +

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

Q 90

⁵⁰[L'évaluation psychiatrique approfondie (109351 ou 109410)]⁵⁰ 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. ⁵⁰[Elle peut aussi être utilisée]⁵⁰ 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 ⁵⁰[approfondie]⁵⁰ 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.

⁵⁰[L'évaluation psychiatrique approfondie]⁵⁰ 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.

⁵⁰[La prestation 109351 ou 109410 ne peut pas être cumulée le même jour, avec des prestations techniques effectuées par le même médecin spécialiste en psychiatrie, ni avec d'autres prestations de l'article 2.]⁵⁰

109432

N 85

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

109454

N 85 +

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

Q 30

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

⁵⁰[109373

N 21]⁵⁰

Concertation entre le médecin spécialiste en psychiatrie et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans

109395

⁵⁰[N]⁵⁰[21]⁵⁰[+]⁵⁰

⁵⁰[Concertation entre le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans]⁵⁰

⁵⁰[Q]⁵⁰ ⁵⁰[90]⁵⁰

⁵⁰[Avant la concertation 109373 ou 109395, le médecin spécialiste en psychiatrie a précisé le rôle du psychologue ou de l'orthopédagogue dans un plan de traitement établi au cours:

- a) ou d'une évaluation psychiatrique approfondie (109351 ou 109410);
- b) ou d'une thérapie de médiation (109336 ou 109675);
- c) ou d'une hospitalisation dans un service de neuropsychiatrie infantile (service K)]⁵⁰.

La concertation ⁵⁰[...] a lieu en présence du médecin spécialiste ⁵⁰[...] 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 ⁵⁰[...] par an.

F Dispositions

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. ⁵¹[...]

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^{os} 102410, 102454, 102491, 103854, 104252, 104296, 104554, 104591 et 104871 sont: 1^{er} janvier, lundi de Pâques, 1^{er} mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1^{er} 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 a lieu la surveillance.

VERSION(S) PRECEDENTE(S)

Historique du texte

Remplacé par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 19 février 2013 (*M.B.*, 28 mars 2013, Errat., *M.B.*, 29 avril 2013 (deuxième éd.), Errat., *M.B.*, 15 mai 2013), en vigueur le 1^{er} mai 2013 (art. 2).

B. modifié par l'art. 2, 1^o de l'A.R. du 23 août 2014 (*M.B.*, 16 septembre 2014), en vigueur le 1^{er} novembre 2014 (art. 5).

E. modifié par l'art. 1^{er}, 1^o à 6^o de l'A.R. du 19 avril 2014 (*M.B.*, 6 août 2014), en vigueur le 1^{er} octobre 2014 (art. 3).

F. modifié par l'art. 2, 2^o de l'A.R. du 23 août 2014 (*M.B.*, 16 septembre 2014), en vigueur le 1^{er} novembre 2014 (art. 5).

Modifications antérieures

Modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29 avril 1999 (*M.B.*, 27 mai 1999), en vigueur le 1^{er} juillet 1999 (art. 11).

A. remplacé par l'art. 2, § 1^{er}, 1^o de l'A.R. du 19 décembre 1991 (*M.B.*, 31 décembre 1991), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 16), modifié par l'art. 2 § 1^{er} de l'A.R. du 5 mars 1992 (*M.B.*, 3 avril 1992), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 7), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 2 septembre 1992 (*M.B.*, 24 septembre 1992), en vigueur le 1^{er} novembre 1992 (art. 7), par l'art. 2, A de l'A.R. du 7 août 1995 (*M.B.*, 26 août 1995, Errat., *M.B.*, 5 octobre 1995), en vigueur le 1^{er} septembre 1995 (art. 14), lui-même modifié par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 28 septembre 1995 (*M.B.*, 16 décembre 1995), en vigueur le 1^{er} septembre 1995 (art. 3), par l'art. 2, B, 1 à 6 de l'A.R. du 1^{er} juin 2001 (*M.B.*, 28 1^{er} juillet 2001 (art. 8), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 19 juin 2002 (*M.B.*, 27 juin 2002 (deuxième éd.), Errat., *M.B.*, 18 septembre 2002), en vigueur le 1^{er} juillet 2002 (art. 4), par l'art. 2 de l'A.R. du 15 avril 2002 (*M.B.*, 3 juillet 2002 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} septembre 2002 (art. 3), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 16 juillet 2002 (*M.B.*, 30 juillet 2002), en vigueur le 1^{er} juillet 2002 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 22 août 2002 (*M.B.*, 28 août 2002 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} septembre 2002 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 21 janvier 2003 (*M.B.*, 17 february 2003), en vigueur le 1^{er} janvier 2003 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 18 février 2003 (*M.B.*, 14 mars 2003 (première éd.)), en vigueur le 14 mars 2003 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 7 décembre 2005 (*M.B.*, 19 décembre 2005), en vigueur le 1^{er} février 2006 (art. 3), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 13 décembre 2005 (*M.B.*, 23 décembre 2005 (première éd.)), en vigueur le 1^{er} février 2006 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 1^{er} mai 2006 (*M.B.*, 9 mai 2006 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} février 2006 (art. 3), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 1^{er} mai 2006 (*M.B.*, 9 mai 2006 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 21 décembre 2006 (*M.B.*, 15 janvier 2007), en vigueur le 1^{er} février 2007 (art. 2), par l'art. 1^{er}, 1^o et 2^o de l'A.R. du 12 août 2008 (*M.B.*, 4 septembre 2008), en vigueur le 1^{er} novembre 2008 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 12 novembre 2009 (*M.B.*, 22 décembre 2009), en vigueur le 1^{er} février 2010 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 18 décembre 2009 (*M.B.*, 28 janvier 2010 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} mars 2010 (art. 4), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 18 août 2010 (*M.B.*, 3 septembre 2010), en vigueur le 1^{er} novembre 2010 (art. 2), par l'art. 1^{er}, 1^o, 1) à 14) de l'A.R. du 26 août 2010 (*M.B.*, 24 septembre 2010 (deuxième éd.), Errat., *M.B.*, 11 octobre 2010), en vigueur le 1^{er} novembre 2010 (art. 2), par l'art. 1^{er}, 1^o et 2^o de l'A.R. du 22 octobre 2010 (*M.B.*, 29 novembre 2010), en vigueur le 1^{er} janvier 2011 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 15 novembre 2010 (*M.B.*, 7 décembre 2010), en vigueur le 1^{er} février 2011 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 24 janvier 2011 (*M.B.*, 16 février 2011), en vigueur le 1^{er} avril 2011 (art. 3) et par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 9 février 2011 (*M.B.*, 3 mars 2011), en vigueur le 1^{er} avril 2011 (art. 2).

B. modifié par l'art. 2, C de l'A.R. du 1^{er} juin 2001 (*M.B.*, 28 1^{er} juillet 2001 (art. 8).

D. remplacé par l'art. 2, D) de l'A.R. du 1^{er} juin 2001 (*M.B.*, 28 1^{er} juillet 2001 (art. 8), modifié par l'art. 1^{er}, 2^o, a) et b) de l'A.R. du 1^{er} mai 2006 (*M.B.*, 9 mai 2006 (deuxième éd.), Errat., *B.S.*, 19 mai 2006 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (art. 2) et par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 26 avril 2007 (*M.B.*, 15 mai 2007 (première éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (art. 2).

E. remplacé par l'art. 2, E de l'A.R. du 1^{er} juin 2001 (*M.B.*, 28 1^{er} juillet 2001 (art. 8).

F. remplacé par l'art. 2, § 1^{er}, 2^o et 3^o de l'A.R. du 19 décembre 1991 (*M.B.*, 31 décembre 1991), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 16), modifié par l'art. 2, §§ 2, 3 et 4 de l'A.R. du 5 mars 1992 (*M.B.*, 3 avril 1992), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 7), par l'art. 1^{er}

de l'A.R. du 19 juin 2002 (*M.B.*, 27 juin 2002 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2002 (art. 4) et par l'art. 1^{er}, 2^o de l'A.R. du 26 août 2010 (*M.B.*, 24 septembre 2010 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} novembre 2010 (art. 2).

G. remplacé par l'art. 2, § 1^{er}, 2^o et 3^o de l'A.R. du 19 décembre 1991 (*M.B.*, 31 décembre 1991), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 16), modifié par l'art. 2, §§ 2, 3 et 4 de l'A.R. du 5 mars 1992 (*M.B.*, 3 avril 1992), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 7), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 19 juin 2002 (*M.B.*, 27 juin 2002 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2002 (art. 4) et par l'art. 1^{er}, 3^o de l'A.R. du 26 août 2010 (*M.B.*, 24 septembre 2010 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} novembre 2010 (art. 2).

H. remplacé par l'art. 2, §§ 2, 3 et 4 de l'A.R. du 5 mars 1992 (*M.B.*, 3 avril 1992), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art. 7).

I. renuméroté et modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29 avril 1999 (*M.B.*, 27 mai 1999), en vigueur le 1^{er} juillet 1999 (art. 11), modifié par l'art. 2, B de l'A.R. du 7 août 1995 (*M.B.*, 26 août 1995, Errat., *M.B.*, 5 octobre 1995), en vigueur le 1^{er} septembre 1995 (art. 14), modifié lui-même par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 28 septembre 1995 (*M.B.*, 16 décembre 1995), en vigueur le 1^{er} septembre 1995 (art. 3), modifié par l'art. 2, 1^o à 9^o de l'A.R. du 30 novembre 2003 (*M.B.*, 12 décembre 2003 (première éd.)), en vigueur le 1^{er} janvier 2005 (art. 3), par l'art. 1^{er}, 1^o de l'A.R. du 10 juin 2006 (*M.B.*, 19 juin 2006 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (art. 3), et par l'art. 1^{er}, 1^o de l'A.R. du 14 novembre 2008 (*M.B.*, 28 novembre 2008 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} janvier 2009 (art. 3).

J. renuméroté et modifié par l'art. 2 de l'A.R. du 29 avril 1999 (*M.B.*, 27 mai 1999), en vigueur le 1^{er} juillet 1999 (art. 11), par l'art. 2 de l'A.R. du 19 décembre 1991 (*M.B.*, 31 décembre 1991 (première éd.)), en vigueur le 1^{er} janvier 1992 (art.16), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 29 avril 1999(*M.B.*, 27 mai 1999), en vigueur le 1^{er} juillet 1999 (art. 11), par l'art. 2, F, 1 et 2 de l'A.R. du 1^{er} juin 2001 (*M.B.*, 28 juillet 2001), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 27 janvier 2008 (*M.B.*, 18 février 2008), en vigueur le 1^{er} avril 2008 (art. 3), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 10 juillet 2008 (*M.B.*, 25 juillet 2008 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} septembre 2008 (art. 2) et par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 30 novembre 2011 (*M.B.*, 23 décembre 2011 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} février 2012 (art. 2).

K. inséré par l'art. 1^{er}, 2^o de l'A.R. du 10 juin 2006 (*M.B.*, 19 juin 2006 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (art. 3), modifié par l'art. 1^{er}, 2^o, a) et b) de l'A.R. du 14 novembre 2008 (*M.B.*, 28 novembre 2008 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} janvier 2009 (art. 3), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 23 octobre 2009 (*M.B.*, 30 novembre 2009 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} janvier 2010 (art. 3) et par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 19 février 2013 (*M.B.*, 28 février 2013 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} mars 2013 (art. 2).

Modifié par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 22 mars 1988 (*M.B.*, 2 avril 1988), en vigueur le 1^{er} janvier 1987 (art. 3), par l'art. 1^{er} des A.R. du 7 janvier 1987 (*M.B.*, 14 janvier 1987), en vigueur le 1^{er} janvier 1987 (art. 11), par l'art. 2 de l'A.R. du 22 juillet 1988 (*M.B.*, 30 juillet 1988), en vigueur le 1^{er} août 1988 (art. 19), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 10 juillet 1990 (*M.B.*, 15 août 1990), en vigueur le 1^{er} juillet 1990 (art. 11), par l'art. 1^{er}, 2^o et 3^o de l'A.R. du 31 janvier 1986 (*M.B.*, 19 février 1986), en vigueur le 1^{er} avril 1986 (art. 8), par les art. 1^{er} et 2 des A.R. du 29 avril 1999 (*M.B.*, 27 mai 1999), en vigueur le 1^{er} juillet 1999 (art. 11), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 29 mai 2000 (*M.B.*, 7 juin 2000 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} juin 2000 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 10 juillet 2001 (*M.B.*, 31 juillet 2001 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} mai 2001 (art. 2), par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 9 mars 2003 (*M.B.*, 28 mars 2003 (troisième éd.)), en vigueur le 1^{er} mai 2002 (art. 2), par l'art. 1^{er}, 1^o et 2^o de l'A.R. du 18 février 2004 (*M.B.*, 24 février 2004), en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (art. 2) et par l'art. 1^{er} de l'A.R. du 12 août 2008 (*M.B.*, 29 août 2008 (deuxième éd.)), en vigueur le 1^{er} octobre 2008 (art. 2).

Chapitres III à X

(...)