

Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 6 / AOUT 2003

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

NOUVELLE NOMENCLATURE - "HONORAIRES DE SURVEILLANCE" (Moniteur Belge du 22/07/2003, 1^{ère} édition) COORDINATION OFFICIEUSE DE L'ART. 25

Entrée en vigueur le 01/05/2003

Introduction

Le Moniteur belge du 22 juillet dernier vient de publier l'A.R. du 3 juillet 2003 comportant les modifications de nomenclature annoncées depuis plusieurs mois, relatives à l'article 25. Ces adaptations entrent en vigueur avec effet rétroactif à partir du 1^{er} mai 2003, ce qui ne manque pas de poser d'importants problèmes aux services de facturation, impossibles à résoudre en un clin d'oeil. Aussi le Comité de l'Assurance vient-il d'approuver un règlement spécifique pour les refacturations éventuelles, qui sera également publié au moniteur. En voici la substance:

1. La facturation transmise par les établissements hospitaliers aux organismes assureurs avant le 1^{er} septembre 2003 et relative aux prestations de l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé, telle qu'en application avant le 1^{er} mai 2003, peut conserver sa validité pour les prestations effectuées à partir du 1^{er} mai 2003.

2. Si l'établissement hospitalier décide quand même de refacturer ces prestations conformément à la nomenclature, en application au 1^{er} mai 2003, cette refacturation peut être introduite auprès des organismes assureurs du 1^{er} septembre au 30 novembre 2003.

3. Les établissements hospitaliers qui, au 31 août 2003, n'ont pas encore transmis aux organismes assureurs de données de facturation pour les prestations précitées, effectuées à partir du 1^{er} mai 2003, doivent les transmettre conformément à la nomenclature en vigueur au 1^{er} mai 2003.

Nous demandons aux Conseils médicaux de veiller à la refacturation si cela s'avère nécessaire. Elles devraient représenter, en effet, environ un quart du poids budgétaire de ces adaptations de l'art 25, soit un montant de 2,5 millions € pour l'ensemble du pays.

Nous reprenons ci-après une version coordonnée (officieuse) de l'art 25. Les passages en caractères gras sont les adaptations apportées par l'A.R. du 3 juillet 2003 (MB 22.07.2003). Les quelques coquilles présentes dans le texte du moniteur y ont également été corrigées (un "erratum" au Moniteur suivra).

Enfin, vous trouverez également en annexe les tarifs d'honoraires de la convention ainsi que les montants des remboursements pour les prestations concernées (disponibles également sur www.gbs-vbs.org).

A.R. 30.1.1986

Section 12. - Surveillance des bénéficiaires hospitalisés.

Art. 25. § 1^{er}. Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus:

(1) 0080	(3) 598006	les cinq premiers jours, par jour..... C 12
		A.R. 7.8.1995
	598124	par un médecin accrédité, les cinq premiers jours, par jour C 12 + Q 30
		A.R. 30.1.1986
0081	598021	du sixième au douzième jour inclus, par jour C 6
0082	598043	du treizième jour, jusqu'à la fin du sixième mois, par jour C 3
	598065	du treizième jour jusqu'à la fin du sixième mois, pour la surveillance des bénéficiaires hospitalisés, pour les prestations visées à l'article 25, § 2, a), 2°, 3e alinéa par jour..... C 2

0084

598080	à partir du septième mois d'hospitalisation, si la surveillance est assurée par un médecin spécialiste quelle que soit sa spécialité, par jour.....	C 2,5
598102	à partir du septième mois d'hospitalisation, si la surveillance est assurée par un médecin de médecine générale, par jour	C 3
598404	Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie , en pédiatrie, en rhumatologie: les cinq premiers jours, par jour	C 16
598146	A.R. 7.8.1995 Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin accrédité spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie , en pédiatrie, en rhumatologie: les cinq premiers jours, par jour	C 16 + Q 30
598426	A.R. 30.1.1986 + A.R. 22.7.1988 + A.R. 22.1.1991 + A.R. 29.4.1999 Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service A :	
598426	les douze premiers jours, par jour.....	C 19
598161	A.R. 7.8.1995 par un médecin spécialiste accrédité, les douze premiers jours, par jour.....	C 19 + Q 30
598441	A.R. 30.1.1986 + A.R. 22.7.1988 + A.R. 22.1.1991 + A.R. 29.4.1999 du treizième au trentième jour inclusivement, par jour	C 15
598463	du trente et unième jour au nonantième jour inclusivement, par jour	C 11
598485	A.R. 29.4.1999 du nonante et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour.....	C 5
598861	Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service K. les douze premiers jours, par jour	C 28,5
598883	par un médecin accrédité, les douze premiers jours, par jour	C 28,5 + Q 30
598905	du treizième au trentième jour inclusivement, par jour	C 22,5
598920	du trente et unième jour au nonantième jour inclusivement, par jour	C 16,5
598942	du nonante et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour.....	C 7,5
598522	A.R. 30.1.1986 + A.R. 22.7.1988 + A.R. 22.1.1991 + A.R. 29.4.1999 Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un bénéficiaire hospitalisé dans un service T ou un service Sp-psychogériatrique d'un hôpital psychiatrique :	
598522	les douze premiers jours, par jour.....	C 17,5
598183	A.R. 7.8.1995 par un médecin spécialiste accrédité, les douze premiers jours, par jour.....	C 17,5 + Q 30
598544	A.R. 30.1.1986 + A.R. 22.7.1988 + A.R. 22.1.1991 + A.R. 29.4.1999 du treizième au soixantième jour inclus, par jour	C 12
598566	A.R. 29.4.1999 du soixante et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour.....	C 7,5

598662	du septième mois d'hospitalisation jusqu'à la fin du douzième mois d'hospitalisation, par jour..... C 5
598684	à partir du treizième mois d'hospitalisation, par jour C 3
	A.R. 12.8.1994 Honoraires de surveillance d'un patient séjournant dans un service Tf ou Tp ou dans un milieu familial, exécutés par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie.
599325	les premiers douze jours, par jour C 16
599340	du treizième au soixantième jour inclus, par jour C 6
599362	du soixante et unième jour à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour C 3
	Les honoraires de surveillance repris sous les numéros de prestations 598161, 598183, 598883, 598426 à 598684, 598861 à 598942 et 599325 à 599362 couvrent la surveillance directe des patients admis et leur dossier médical:
	<ul style="list-style-type: none"> - les contacts directs avec le patient et sa famille - les contacts avec le médecin référant - la coordination de l'équipe multidisciplinaire par le médecin psychiatre ou neuropsychiatre - l'organisation des activités diagnostiques et thérapeutiques par les infirmières, les psychologues cliniciens et les paramédicaux - la psychothérapie individuelle ou collective et l'instauration et le suivi de la pharmacothérapie individuelle ;
	Le dossier médical du patient contient le rapport daté et paraphé par le médecin des activités mentionnées ci-dessus et permet de donner une image objective des investissements diagnostiques et thérapeutiques et de la disponibilité pendant l'admission.
-597704	Honoraire de disponibilité pendant les absences dans un but thérapeutique du patient admis dans un service A, K et T d'un hôpital psychiatrique C 3
	L'honoraire de disponibilité peut être porté en compte par le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie qui effectue la surveillance du patient pendant son admission quand le patient est absent dans le cadre d'un congé thérapeutique planifié.
	La prestation 597704 peut être portée en compte à partir du deuxième mois d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique avec un maximum de trois jours par mois-calendrier et vingt-et-un jours par année-calendrier.
	La prestation 597704 ne peut pas être portée en compte après la sortie du patient de l'hôpital psychiatrique.
- 597726	Honoraire pour l'examen psychiatrique d'entrée avec rapport pour le patient admis dans un service A, K, T ou sp-psychogériatrique d'un hôpital effectué par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie C30
	L'examen psychiatrique d'entrée peut être porté en compte une fois pendant la première semaine d'hospitalisation d'un patient dans le service visé et comprend la détermination et l'affinement du diagnostic et du traitement via l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse, les tests psychologiques complémentaires et la rédaction d'un plan thérapeutique psychothérapeutique et pharmacothérapeutique.
-597741	Honoraire pour l'examen psychiatrique de sortie avec rapport, pour le patient admis dans un service A, K, T ou Sp-psychogériatrique d'un hôpital, effectué par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie C30
	L'examen psychiatrique de sortie peut être porté en compte une fois pendant la dernière semaine d'hospitalisation d'un patient dans le service concerné et comprend, outre le rapport circonstancié du diagnostic et du traitement, les conclusions psychothérapeutiques et les directives pour le suivi ambulatoire ultérieur.
	Le rapport écrit circonstancié des prestations 597726 et 597741 (examens d'entrée et de sortie) est envoyé au médecin référant et se trouve en outre dans le dossier médical.
	Les prestations 597726 et 597741 peuvent être cumulées avec l'honoraire de surveillance.
	A.R. 30.1.1986 + A.R. 22.7.1988 + A.R. 14.12.1989 Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en médecine. interne, en cardiologie, en gastro-entérologie, en pneumologie, en rhumatologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie d'un malade hospitalisé dans un service D :

0074	598706	les cinq premiers jours, par jour	C 20
		A.R. 7.8.1995	
	598205	par un médecin spécialiste accrédité, les cinq premiers jours, par jour	C 20 +
		.....	Q 30
		A.R. 30.1.1986 + A.R. 22.7.1988	
0071	598721	du sixième au douzième jour inclus, par jour	C 7
0072	598743	le treizième jour et les jours suivants, par jour	C 3,5
		A.R. 30.1.1986 + A.R. 14.12.1989	
		Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en pédiatrie d'un malade hospitalisé dans un service E :	
0075	598802	les cinq premiers jours, par jour.....	C 20
		A.R. 7.8.1995	
	598220	par un médecin spécialiste accrédité, les cinq premiers jours, par jour	C 20 +
		.....	Q 30
		A.R. 30.1.1986	
0076	598824	du sixième au douzième jour inclus, par jour	C 7
0077	598846	le treizième jour et les jours suivants, par jour	C 3,5
		A.R. 5.9.2001	
		Honoraires pour l'examen clinique par le médecin spécialiste en pédiatrie d'un nouveau-né séjournant dans une fonction N* couplée à une hospitalisation de la mère dans un service M ou à une hospitalisation du nouveau-né dans un service E.	
	596024	le 1er examen	C 43
	596046	le 2e et le 3e	C 32
	596061	le 4e et suivants	C 21,5
		Honoraires pour l'examen clinique par le médecin spécialiste en pédiatrie accrédité d'un nouveau-né séjournant dans une fonction N* couplée à une hospitalisation de la mère dans un service M ou à une hospitalisation du nouveau-né dans un service E.	
	596120	le 1er examen	C 43 +
		.....	Q 30
	596142	le 2e et le 3e	C 32 +
		.....	Q 30
	596164	le 4e et suivants	C 21,5 +
		.....	Q 30
		Une seule des prestations n°s 596024, 596046, 596061, 596120, 596142, 596164 peut être portée en compte par jour. Elles ne sont pas cumulables avec la prestation 599104 pour le même patient, le même jour.	
		Honoraires de surveillance par un médecin spécialiste en pédiatrie d'un malade hospitalisé dans un service NIC :	
	596223	le 1er jour	C 51
	596245	le 2e et le 3e jour, par jour.....	C 44
	596260	le 4e jour et jours suivants, par jour	C 21,5
		Honoraires de surveillance par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité d'un malade hospitalisé dans un service NIC :	
	596326	le 1er jour.....	C 51 +
		.....	Q 30
	596341	le 2° et le 3° jour, par jour	C 44 +
		.....	Q 30
	596363	le 4e jour et jours suivants, par jour	C 21,5 +
		.....	Q 30

		A.R. 22.7.1988 + A.R. 14.12.1989 Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en médecine interne d'un malade hospitalisé dans un service G :	
	599126	les cinq premiers jours, par jour.....	C 23,3
	598286	A.R. 7.8.1995 par un médecin spécialiste accrédité, les cinq premiers jours, par jour.....	C 23,3 + Q 30
	599141	A.R. 22.7.1988 du sixième au trentième jour inclus, par jour.....	C 7
	599163	le trente et unième jour et les jours suivants, par jour	C 3,5
		Suppression des prestations 598242, 598264, 599001 et 599222 par l'AR du 5.9.2001	
		A.R. 29.4.1999 + A.R. 19.6.2002 Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp (soins palliatifs) à partir du premier jour d'hospitalisation dans ce service:	
	599782	du 1er au 30e jour, par jour	C 23,3
	599804	par un médecin accrédité, du 1er au 30e jour, par jour.....	C 23,3 + Q 30
	-597763	du trente et unième jour jusqu'à la fin du sixième mois, par jour	C 3
		A.R. 12.8.1994 + A.R. 31.8.1998 Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie, Sp-locomoteur ou Sp-chronique , quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus :	
	599384	A.R. 12.8.1994 les cinq premiers jours, par jour.....	C 12
	598323	A.R. 7.8.1995 par un médecin accrédité, les cinq premiers jours, par jour.	C 12 + Q 30
	599406	A.R. 12.8.1994 du sixième au douzième jour inclusivement, par jour.....	C 6
	599421	du treizième jour, jusqu'à la fin du sixième mois, par jour	C 3
	-597785	Honoraire pour l'examen d'entrée avec examen médical, tenue d'un dossier médical central et rédaction d'un plan de réadaptation fonctionnelle adapté pour le patient admis dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologique, Sp-locomoteur ou Sp-chronique, effectué par un médecin spécialiste dans une des disciplines de la médecine interne, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, neurologie, neuropsychiatrie, chirurgie orthopédique ou en médecine physique et réadaptation fonctionnelle ou en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes handicapées	C 30
		La prestation 597785 ne peut être portée en compte qu'une seule fois, pendant la première semaine de l'hospitalisation dans un service Sp et peut être cumulée avec l'honoraire de surveillance.	
0090	599082	A.R. 30.1.1986 Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance et qui appartient à une autre spécialité médicale reconnue	C 12
0091	599104	A.R. 30.1.1986 + A.R. 11.1.1988 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M	C 20
0092	599200	A.R. 30.1.1986 + A.R. 9.10.1998 Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, en psychiatrie ou en neurologie, d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance	C 26

599303 A.R. 11.1.1988 + A.R. 12.8.1994
Honoraires pour le médecin spécialiste en pédiatrie qui surveille le patient nouveau-né durant son transfert vers un service N d'un autre établissement hospitalier C 27

A.R. 12.8.1994 + A.R.15.05.2003
Psychiatrie de liaison.

599443 Honoraires pour le premier examen psychiatrique, effectué au sein du service où séjourne un bénéficiaire hospitalisé, par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie sur prescription du médecin qui en a la surveillance, avec dossier de liaison central C 56

599465 Honoraires pour l'examen et/ou traitement psychiatrique suivant par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie au sein du service où séjourne le patient C 34

Le dossier de liaison doit comporter 3 parties:

Une demande du médecin non psychiatre dans le dossier de liaison central;

Un dossier de liaison central, tenu par le psychiatre de liaison;

Notes d'utilité pratique pour le médecin non psychiatre dans le dossier médical et ceci lors de chaque consultation.

Lors de chaque contact patient, une note doit apparaître dans les 2 dossiers.

Le dossier de liaison central doit contenir les éléments suivants:

Date de la demande et date du 1^{er} avis

Nom, date de naissance et n° de dossier du patient, nom du médecin référant et raisons du renvoi

Antécédents médicaux et psychiatriques

Historique du problème actuel (aussi bien somatique que psychique)

Anamnèse psycho-sociale

Examen mental

Médication actuelle

Diagnostic du problème somatique

Diagnostic psychiatrique

Traitement proposé

Interventions proposées pendant l'hospitalisation (hétéro-amnèse, contact avec le médecin généraliste traitant, intervention de crise, entretiens de soutien, interventions de liaison,...)

Renvoi aux instances psychiatriques et psychosociales

Proposition d'examens complémentaires

Entretiens de suivi avec interventions réalisées

Pédiatrie de liaison

A.R. 5.9.2001

Honoraires pour l'examen pédiatrique, effectué chez un bénéficiaire hospitalisé de moins de 16 ans, par le médecin spécialiste en pédiatrie, sur prescription du médecin spécialiste non pédiatre qui exerce la surveillance, avec rapport écrit repris dans le dossier médical:

596525 le premier examen C 30

596540 le deuxième examen et/ou traitement pédiatrique C 20

Elles ne peuvent être portées en compte chacune qu'une seule fois pendant une même période d'hospitalisation.

599480 A.R. 12.8.1994 + A.R. 29.4.1999
Honoraire de coordination pour le séjour d'un patient dans un hôpital de jour reconnu C 15

La prestation 599480 peut être portée en compte par le médecin spécialiste qui assure la direction médicale de l'hôpital de jour chirurgical en application de l'article 11 de l'A.R. du 25 novembre 1997, et qui est responsable de l'organisation de l'hôpital de jour.

-597800 Honoraires de surveillance pour le séjour d'un patient dans un hôpital de jour reconnu, pour le médecin spécialiste qui a effectué une des interventions de la liste limitative ci-dessous C15

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

Liste limitative:

220275, 228152, 229176, 235174, 244436, 244495, 244554, 246551, 246573, 246212, 246654, 246772, 247531, 250213, 253153, 256513, 257891, 257994, 258090, 260470, 260676, 260794, 260853, 262216, 262231, 280055, 280092, 283010, 284572, 285390,

285596, 285832, 286252, 286451, 287372, 287350, 287475, 287534, 300274, 317214, 354056, 432316, 476652, 589050, 589116, 589175, 220290, 238114, 238173, 238195, 238210, 241091, 244193, 246595, 246676, 257390, 260934, 261214, 261236, 300333, 473292, 473712, 423010, 424012, 241150, 241312, 453132, 464133, 589013 et 589131.

Les prestations 599480 et 597800 sont cumulables entre elles.

A.R. 30.1.1986

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

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

A.R. 30.1.1986 + A.R. 7.1.1987 + A.R. 22.7.1988 + A.R. 12.8.1994 + A.R. 31.8.1998

Dans les services K, A, T, **Sp, G, Tp et Tf**, une interruption d'hospitalisation ne dépassant pas 30 jours ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires prévus en début d'hospitalisation.

Le premier jour d'admission en service Sp est toujours considéré comme un premier jour d'hospitalisation remboursable, quel que soit le service ou la section où le bénéficiaire est initialement admis.

A.R. 22.1.1991

2°

Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention chirurgicale sont couverts pendant cinq jours par les honoraires prévus pour cette intervention.

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

Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas non plus aux interventions chirurgicales d'une valeur supérieure à K180, N 300, I 300 si la surveillance est exercée par un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, n'ayant pas pratiqué l'acte chirurgical et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin qui a réalisé l'intervention chirurgicale.

Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas pour les prestations de :

- Neurochirurgie, dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 400.
- Chirurgie thoracique dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.
- Chirurgie abdominale dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 350.
- Chirurgie vasculaire dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.
- Urologie dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 300.
- Orthopédie, traitements sanglants, cou et tronc, membres, dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.
- Gynécologie, dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 225.
- Oto-rhino-laryngologie dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 400 ainsi que pour les prestations 256771 - 256782 et 257191 - 257202.
- Transplantations visées à l'article 14, m).
- Obstétrique, n°s 424174 - 424185 et 424196 - 424200.

A.R.22.1.1991

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

A.R. 30.1.1986 + A.R. 22.1.1991

3° Par intervention chirurgicale, il faut comprendre pour cette règle d'immunité : toute prestation thérapeutique de l'article 9 (à l'exclusion des prestations 424056/424060 et des prestations de l'article 9a), excepté les numéros **422225, 422671 et 423673**), **l'article 14 ou l'article 34**.

A.R. 29.4.1999

4° A l'exception des prestations 599082, **599104, 599303, 599443, 599465, 596525, 596540, 597726, 597741 et 597785**, les prestations concernant les honoraires de surveillance figurant dans le présent article ne sont pas cumulables entre elles. Une seule de ces prestations peut être portée en compte par jour.

A.R. 30.1.1986

b) 1° Les honoraires pour la prestation n° 599082 peuvent être cumulés avec les honoraires de surveillance. Ils ne peuvent être cumulés qu'à 50% de leur valeur avec les honoraires pour actes techniques effectués par le même médecin ou par un médecin appartenant à la même spécialité pendant une même période d'hospitalisation.

A.R. 30.1.1986 + A.R. 29.4.1999

2° Il ne peut être compté qu'un examen par discipline et par période d'hospitalisation ininterrompue.

A.R. 30.1.1986

3° La prestation n° 599082 ne peut être attestée que si la consultation a été demandée par écrit ou électroniquement par un médecin assurant la surveillance du patient hospitalisé et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin appelé.

A.R. 30.1.1986 + A.R. 29.4.1999

4°

Pour l'application des dispositions sous 1°, 2° et 3° ci-dessus, sont considérées comme autre spécialité médicale" les spécialités mentionnées à l'article 10 § 1.

4° bis La demande écrite ou électronique et le rapport concernant la consultation sont repris dans le dossier médical du patient.

A.R. 30.1.1986

5° Pour l'application des dispositions prévues sous 1° et 2°, la période d'hospitalisation est définie comme suit:

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

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

A.R. 7.8.1995

La prestation n° 599303 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par nouveau-né.

A.R. 12.8.1994 + A.R. 31.8.1998

d) Les prestations n°s 599443 et 599465 ne sont pas d'application pour des patients hospitalisés dans les services A, K, T, Sp- psychogériatrique, Tp et Tf.

A.R. 12.8.1994

Les prestations n°s 599443 et 599465 sont cumulables avec les honoraires de surveillance.

Les prestations n°s 599443 et 599465 ne sont pas cumulables avec des prestations techniques effectuées par ce même neuro-psychiatre ou psychiatre-consultant.

A.R. 12.8.1994

La prestation n° 599443 ne peut être portée en compte qu'une seule fois pendant la même période d'hospitalisation.

La prestation n° 599465 doit toujours être précédée de la prestation 599443 et ne peut être portée en compte qu'une seule fois par période de 7 jours d'hospitalisation entamée.

A.R. 29.4.1999

e) Les prestations techniques figurant à l'article 20, f), effectuées par un même médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie ne sont, à l'exception de la prestation 477050 - 477061, pas cumulables avec les prestations 598426 à 598485, 598861 à 598942, 598522 à 598684, 599325 à 599362 et les prestations 598161, 598883 et 598183. Le cumul est cependant autorisé dans le cas où les prestations techniques précitées sont exécutées par un autre médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie. Dans ce cas, les prestations techniques figurant à l'article 20, f) sont honorées à cent pour cent et les honoraires de surveillance à cinquante pour cent des valeurs indiquées pour ces prestations.

A.R. 4.12.2000 + Erratum (M.B. du 14.3.2001)

§ 3. Honoraires pour la permanence médicale intra-hospitalière.

590166	Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de première prise en charge des urgences A 15
590181	Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés A 28
590203	Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins intensifs A 28
590225	Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs A 40

Au moins un des médecins de permanence intramuros est soit porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, soit spécialiste agréé en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en neurologie, en pédiatrie, en anesthésie-réanimation, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie.

Les prestations n°s 590166, 590181, 590203 et 590225 ne peuvent être portées en compte qu'une fois par admission et ne sont pas cumulables entre elles.

A.R. 4.12.2000

Lorsque la fonction de permanence médicale est partagée entre plusieurs hôpitaux, par rotation, les honoraires sont à partager pro rata temporis. Le forfait total est porté en compte pour toutes les admissions ayant eu lieu au cours de la période durant laquelle la permanence était assurée par l'hôpital en question, et au cours de laquelle le médecin était présent dans l'hôpital de façon ininterrompue, tandis que les autres hôpitaux ne portent rien en compte pour les admissions effectuées au cours de cette période.

Les prestations n°s 590166, 590181, 590203 et 590225 sont destinées à rémunérer les différents médecins qui assurent les permanences suivant les dispositions légales en vigueur et sous la responsabilité du médecin en chef, qui est responsable de la continuité des soins et atteste les prestations.

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

Les prestations 590181, 590203 et 590225 ne peuvent être portées en compte que si :

1. les médecins qui assurent la permanence médicale, remplissent les qualifications visées dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée ou dans l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée;
2. le médecin, chef de service de la fonction "soins urgents spécialisés" ou de la fonction de soins intensifs satisfait respectivement aux dispositions visées à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée ou aux dispositions visées à l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée;
3. spécifiquement pour le médecin spécialiste en formation, la permanence est assurée dans l'hôpital général où est suivie, suivant le plan de stage, la formation de spécialiste.

590472

Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros d'un service mobile d'urgence suite à un appel au centre d'appel unifié "100" A 50

La prestation 590472 ne peut être portée en compte que si le médecin qui exerce la permanence du "service mobile d'urgence" remplit les qualifications visées à l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée.

La prestation 590472 n'est pas cumulable avec les prestations 214233 - 214244 ou 109734.

A.R. 17.7.1992

§ 4. Les prestations n°s 220135 - 220146, 239035 - 239046, 244252 - 244263, 300252 - 300263, 460154 - 460165, 460191 - 460202, 460235 - 460246, 460250 - 460261, 460272 - 460283, 460294 - 460305, 471553 - 471564, 471715 - 471726, 471796 - 471800, 472194 - 472205, 472356 - 472360, 472393 - 472404, 472415 - 472426, 472452 - 472463, 473056 - 473060, 473130 - 473141, 474014 - 474025, 474036 - 474040, 474095 - 474106, 474132 - 474143, 474154 - 474165, 474191 - 474202, 474213 - 474224, 474250 - 474261, 474272 - 474283, 474294 - 474305, 474331 - 474342, 474353 - 474364, 474390 - 474401, 475075 - 475086 et 477190 - 477201 peuvent être portées en compte par tout médecin spécialiste ou candidat-spécialiste de garde répondant au prescrit du § 3, lorsqu'elles sont effectuées dans les conditions prévues à l'article 26, § 5.

Tarifs INAMI art. 25 – entrée en vigueur au 01/05/2003

B. Surveillance des bénéficiaires hospitalisés

1. Prestations reprises à l'article 25, § 1

Numéro de code	Honoraires à 100 %	Intervention de l'assurance des honoraires à 100 %		Honoraires à 50 %	Intervention de l'assurance des honoraires à 50 %	
		Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel		Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
C = 0,870901 EUR						
Q = 0,026608 EUR						
596525 = C 30	26,13	26,13	21,17			
596540 = C 20	17,42	17,42	12,46			
598006 = C 12	10,45	10,45	6,80			
598124 = C 12 + Q 30	11,25	11,25	7,60			
598021 = C 6	5,23	5,23	3,40			

598043 = C 3	2,61	2,61	1,70			
598065 = C 2	1,74	1,74	1,14			
598080 = C 2,5	2,18	2,18	1,42			
598102 = C 3	2,61	2,61	1,70			
598684 = C 3	2,61	2,61	2,09	1,31	1,31	1,05
597704 = C 30	26,13	26,13	22,22			
597726 = C 30	26,13	26,13	22,22			
597741 = C 30	26,13	26,13	22,22			
598721 = C 7	6,10	6,10	3,97			
598743 = C 3,5	3,05	3,05	1,99			
599340 = C 6	5,23	5,23	3,40	2,62	2,62	1,71
599362 = C 3	2,61	2,61	1,70	1,31	1,31	0,86
599384 = C 12	10,45	10,45	6,80			
598323 = C 12 + Q 30	11,25	11,25	7,60			
599406 = C 6	5,23	5,23	3,40			
599421 = C 3	2,61	2,61	1,70			
599443 = C 56	48,77	48,77	43,81			
599465 = C 34	29,61	29,61	24,65			
599480 = C 15	13,06	13,06	8,49			
597800 = C 15	13,06	13,06	11,11			
599782 = C 23,3	20,29	20,29	15,33			
599804 = C 23,3 + Q 30	21,09	21,09	16,13			
597763 = C 3	2,61	2,61	2,22			
597785 = C 30	26,13	26,13	22,22			
599082 = C 12	10,45	10,45	6,80	5,23	5,23	3,40
599104 = C 20	17,42	17,42	12,46			
599200 = C 26	22,64	22,64	17,68			
C = 1,048204 EUR						
598441 = C 15	15,72	15,72	12,58	7,86	7,86	6,29
598463 = C 11	11,53	11,53	9,23	5,77	5,77	4,62
598485 = C 5	5,24	5,24	4,20	2,62	2,62	2,10
C = 1,256899 EUR						
598544 = C 12	15,08	15,08	12,07	7,54	7,54	6,04
598566 = C 7,5	9,43	9,43	7,55	4,72	4,72	3,78
598662 = C 5	6,28	6,28	5,03	3,14	3,14	2,52
C = 1,023757 EUR						
598905 = C 22,5	23,03	23,03	19,58	11,52	11,52	9,80
598920 = C 16,5	16,89	16,89	14,36	8,45	8,45	7,19
598942 = C 7,5	7,68	7,68	6,53	3,84	3,84	3,27
C = 1,089049 EUR						
598824 = C 7	7,62	7,62	4,96			
598846 = C 3,5	3,81	3,81	2,48			
Numéro de code	Honoraires à 100 %	Intervention de l'assurance des honoraires à 100 %		Honoraires à 50 %	Intervention de l'assurance des honoraires à 50 %	
		Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel		Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
C = 1,196312 EUR Q = 0,026608 EUR 599126 = C 23,3	27,87	27,87	22,91			

598286 = C 23,3 + Q 30	28,67	28,67	23,71			
C = 1,265176 EUR						
599141 = C 7	8,86	8,86	5,76			
599163 = C 3,5	4,43	4,43	2,88			
C = 1,016034 EUR						
Q = 0,026608 EUR						
598404 = C 16	16,26	16,26	11,30			
598146 = C 16 + Q 30	17,06	17,06	12,10			
598522 = C 17,5	17,78	17,78	14,23	8,89	8,89	7,12
598183 = C 17,5 + Q 30	18,58	18,58	15,03	9,29	9,29	7,52
598706 = C 20	20,32	20,32	15,36			
598205 = C 20 + Q 30	21,12	21,12	16,16			
599303 = C 27	27,43	27,43	22,47			
599325 = C 16	16,26	16,26	11,30	8,13	8,13	5,29
C = 1,229936 EUR						
Q = 0,026608 EUR						
598426 = C 19	23,37	23,37	18,70	11,69	11,69	9,36
598161 = C 19 + Q 30	24,17	24,17	19,50	12,09	12,09	9,76
598861 = C 28,5	35,05	35,05	30,09	17,53	17,53	14,91
598883 = C 28,5 + Q 30	35,85	35,85	30,89	17,93	17,93	15,31
C = 1,691255 EUR						
Q = 0,026608 EUR						
598802 = C 20	33,83	33,83	28,87			
598220 = C 20 + Q 30	34,63	34,63	29,67			
C = 1,270536 EUR						
Q = 0,026608 EUR						
596024 = C 43	54,63	54,63	49,67			
596120 = C 43 + Q 30	55,43	55,43	50,47			
596046 = C 32	40,66	40,66	35,70			
596142 = C 32 + Q 30	41,46	41,46	36,50			
596061 = C 21,5	27,32	27,32	22,36			
596164 = C 21,5 + Q 30	28,12	28,12	23,16			
596223 = C 51	64,80	64,80	59,84			
596326 = C 51 + Q 30	65,60	65,60	60,64			
596245 = C 44	55,90	55,90	50,94			
596341 = C 44 + Q 30	56,70	56,70	51,74			
596260 = C 21,5	27,32	27,32	22,36			
596363 = C 21,5 + Q 30	28,12	28,12	23,16			

2. Prestations reprises à l'article 25, § 3

A = 0,863331 EUR

Numéro de code	
590166 = A 15	12,95
590181 = A 28	24,17
590203 = A 28	24,17
590225 = A 40	34,53
590472 = A 50	43,17

EGALEMENT AU MONITEUR

-AR du 3 juillet 203 (MB du 18.07.2003-en vigueur au 28.07.2003): modifications de la nomenclature de Radiothérapie (art. 18 et 19).

Les prestations de radiothérapie peuvent uniquement être portées en compte par les médecins spécialistes en radiothérapie-oncologie, y compris les thérapies superficielles. A l'exception de celles-ci (codes 444334/345) et la curiethérapie intraluminale (codes 444275/286) l'intervention de l'assurance est réservée aux services agréés conformément à l'AR du 5.04.1991.

Le texte intégral est disponible sur www.gbs-vbs.org (exemplaire imprimé sur simple demande).

-(M.B. 24.07.2003) **Politique de vaccination:** avenant au protocole d'accord sur l'harmonisation de la politique de vaccination relatif au réseau de distribution des vaccins et relatif à l'accord conclu entre les Communautés et la Commission Communautaire commune (CCC) de la région bilingue Bruxelles-Capitale.

L'accord vise l'achat des vaccins et la distribution de ceux-ci aux "vaccinateurs privés" (généralistes et pédiatres) et aux "vaccinateurs institutionnels" (ONE, Services de Promotion de la Santé à l'Ecole...). Les Communautés veilleront à impliquer les Autorités fédérales et la CCC dans les procédures de marché public. Une concertation aura lieu avant publication du cahier de charges et avant attribution définitive du marché. Les communautés s'engagent à prévoir dans leurs cahier spéciaux de charges au moins les lots suivants par vaccin ou groupe de vaccins: 1° achat et distribution aux vaccinateurs privés et institutionnels; 2° achat et distribution aux pharmacies, via lesquelles l'approvisionnement tant des vaccinateurs privés qu'institutionnels est assuré; 3° achat et distribution aux vaccinateurs institutionnels ainsi qu'aux pharmacies, via lesquelles l'approvisionnement des vaccinateurs privés est assuré.

ANNONCES

03038 **BRUXELLES** : Cabinet médical à Bruxelles à partager, pouvant servir pour toute discipline. Renseignement : 02/735.11.04

03040 **TOURNAI** : Centre médical spécialisé recherche, en vue d'une location de cabinet, **GÉNÉRALISTE, INTERNISTE, RHUMATOLOGUE, DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 0475/61.44.94 ou au 069/68.66.01.

03045 **BRUXELLES** : **CABINET** d'ophtalmologie réputé **A CEDER** à confrère expérimenté pour 61.973 Eur. Tél. 0495/57.40.65.

03050 **DINANT** : Cabinet privé recherche pour consultations spécialisées médecins spécialistes en **CARDIOLOGIE, RHUMATOLOGIE, PNEUMO-ALLERGOLOGIE** et **CHIRURGIEN PLASTICIEN**. Conditions particulièrement intéressantes. Prière de contacter Mme WILLAM au tél. suivant: 0478953113.

03051 **FRANCE** : **BOURGOGNE OUEST: RADIOLOGUE CÈDE CLIENTELE** cause retraite mars 2005. Possibilité association et/ou remplacement avant cette date. Radio. conventionnelle, mammo, dentaire, échographie, parts dans TDM privé, accès IRM. Pour tout renseignements: Dr Rémi SPINDLER – Tél. / Fax: 0033/ 386.25.40.88.

Table des matières

• Nouvelles modifications de la nomenclature art. 25	1
• Tarifs INAMI art. 25	9
• Egalement au Moniteur: AR du 3 juillet 2003 (MB 18.07.2003) modifiant les art. 18 et 19 de la nomenclature – Radiothérapie. - Avenant au Protocole d'accord relatif à la Politique de vaccination (MB 24.07.2003)	12