

N. 84 — 1804

14 SEPTEMBER 1984. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op de artikelen 12, 6°, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, 24, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965 en 8 augustus 1980 en bij de koninklijke besluiten nr. 10 van 11 oktober 1978, nr. 58 van 22 juli 1982, nr. 132 van 30 december 1982 en nr. 283 van 31 maart 1984, en 24bis, ingevoegd bij de wet van 7 juli 1966 en gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1980;

Gelet op de voorstellen en adviezen van het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invalideiteitsverzekering, uitgebracht op 26 september 1983 en 23 januari 1984;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat een afdoende werking van de Rijksadministratie het noodzakelijk maakt dat de volgnummers die in de nomenclatuur de geneeskundige verstrekkingen aanwijzen, zo vlug mogelijk moeten worden bekendgemaakt opdat ze vanaf 1 januari 1985 kunnen worden gebruikt;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 24 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van de bijlage bij dit besluit.

F. 84 — 1804

14 SEPTEMBRE 1984. — Arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 12, 6°, modifié par la loi du 24 décembre 1963, 24, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965 et 8 août 1980 et par les arrêtés royaux n° 10 du 11 octobre 1978, n° 58 du 22 juillet 1982, n° 132 du 30 décembre 1982 et n° 283 du 31 mars 1984, et 24bis, inséré par la loi du 7 juillet 1966 et modifié par la loi du 8 août 1980;

Vu les propositions et avis du Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, émis les 26 septembre 1983 et 23 janvier 1984;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les numéros d'ordre désignant les prestations de santé dans la nomenclature soient publiés au plus tôt afin d'en permettre l'utilisation au 1^{er} janvier 1985;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. La nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est établie conformément aux dispositions de l'annexe au présent arrêté.

Art. 2. Het koninklijk besluit van 16 november 1973 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 26 november 1974, 20 februari 1975, 14 maart 1975, 3 juli 1975, 30 juli 1976, 30 september 1976, 11 januari 1977, 22 juli 1977, 10 november 1977, 20 december 1977, 22 december 1977, 9 januari 1978, 3 april 1978, 1 juni 1978, 28 december 1978, 15 maart 1979, 22 maart 1979, 27 december 1979, 25 februari 1980, 25 april 1980, 11 juli 1980, 11 september 1980, 3 februari 1981, 24 februari 1982, 26 maart 1982, 20 oktober 1982, 22 december 1982, 23 december 1982, 17 juni 1983, 21 juni 1983, 5 augustus 1983, 23 september 1983, 31 december 1983 en 26 januari 1984, wordt opgeheven.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1985.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 14 september 1984.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,

J.-L. DEHAENE

(De bijlage tot dit koninklijk besluit wordt gepubliceerd in bijvoegsel tot het Belgisch Staatsblad van heden)

Art. 2. L'arrêté royal du 16 novembre 1973 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par les arrêtés royaux des 26 novembre 1974, 20 février 1975, 14 mars 1975, 3 juillet 1975, 30 juillet 1976, 30 septembre 1976, 11 janvier 1977, 22 juillet 1977, 10 novembre 1977, 20 décembre 1977, 22 décembre 1977, 9 janvier 1978, 3 avril 1978, 1^{er} juin 1978, 28 décembre 1978, 15 mars 1979, 22 mars 1979, 27 décembre 1979, 25 février 1980, 25 avril 1980, 11 juillet 1980, 11 septembre 1980, 3 février 1981, 24 février 1982, 26 mars 1982, 20 octobre 1982, 22 décembre 1982, 23 décembre 1982, 17 juin 1983, 21 juin 1983, 5 août 1983, 23 septembre 1983, 31 décembre 1983 et 26 janvier 1984, est abrogé.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 1985.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 14 septembre 1984.

BAUDOUIIN

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,

J.-L. DEHAENE

(L'annexe à cet arrêté royal est publiée en supplément au Moniteur belge de ce jour)

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 Ier - Généralités.

Article 1er. § 1er. Chaque prestation est désignée dans la présente nomenclature par un numéro d'ordre précédant le libellé de la prestation.

§ 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, B pour les prestations de biologie clinique et les prestations de médecine-nucléaire in vitro, K pour les autres prestations techniques des docteurs en médecine, 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 soignant ; 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 et T pour celles relevant de la compétence des orthopédistes.

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

§ 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 § 1er.

§ 5. L'anesthésie 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 pour rapport écrit, 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.

CHAPITRE II. - Consultations, visites et avis de médecins de médecine générale et de médecins spécialistes.

Art. 2. A. Consultations au cabinet du médecin et visites au domicile du malade :

(1)	(2)			
0101	101010	Consultation au cabinet du médecin de médecine générale.....	N	4
0121	101032	Consultation au cabinet du médecin porteur d'un certificat de formation complémentaire.....	N	5
0102	102012	Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste autre que ceux cités aux 102034, 102056, 102071, 102093, 102115, 102130 et 102152.....	N	8
0110	102034	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en médecine interne, y compris un rapport écrit éventuel.....	N	16
0111	102056	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en neuropsychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel.....	N	20
0112	102071	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en pédiatrie, y compris un rapport écrit éventuel....	N	13
0117	102093	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en cardiologie, y compris un rapport écrit éventuel.....	N	16
0118	102115	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en gastro-entérologie, y compris un rapport écrit éventuel.....	N	16
0119	102130	Consultation, à son cabinet, du médecin spécialiste en pneumologie, y compris un rapport écrit éventuel.....	N	16
0120	102152	Consultation, à son cabinet du médecin spécialiste en rhumatologie, y compris un rapport écrit éventuel....	N	16

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

7

Consultation demandée par un médecin au domicile du malade :

Honoraires du médecin appelé en consultation :

0103	103014	a) s'il s'agit d'un médecin spécialiste.....	N	20
0104	103036	b) s'il s'agit d'un médecin de médecine générale.....	N	15
0105	103110	Visite au domicile du malade par le médecin de médecine générale.....	N	6
0125	103132	Visite au domicile du malade par le médecin porteur d'un certificat de formation complémentaire.....	N	7

Visite par le médecin de médecine générale ou le médecin spécialiste en pédiatrie à plusieurs bénéficiaires à leur résidence ou domicile commun, à l'occasion d'un même déplacement :

0050	103213	deux bénéficiaires, par bénéficiaire.....	C	14
0051	103235	trois bénéficiaires ou plus, par bénéficiaire.....	C	11

Visite par le médecin de médecine générale ou le médecin spécialiste en pédiatrie dans un établissement où séjournent des enfants, des personnes âgées, des convalescents ou des handicapés (séjour de jour, séjour de nuit, séjour de jour et de nuit) :

0055	103316	à un bénéficiaire.....	C	17
0056	103331	à deux bénéficiaires, à l'occasion d'un même déplacement, par bénéficiaire.....	C	14
0057	103353	à trois bénéficiaires ou plus, à l'occasion d'un même déplacement, par bénéficiaire.....	C	11

Visite par le médecin porteur d'un certificat de formation complémentaire à plusieurs bénéficiaires à leur résidence ou domicile commun, à l'occasion d'un même déplacement :

0060	103412	deux bénéficiaires, par bénéficiaire.....	C	16
0061	103434	trois bénéficiaires ou plus, par bénéficiaire.....	C	13

Visite par le médecin porteur d'un certificat de formation complémentaire dans un établissement où séjournent des enfants, des personnes âgées, des convalescents ou des handicapés (séjour de jour, séjour de nuit, séjour de jour et de nuit) :

0065	103515	à un bénéficiaire.....	C	19
0066	103530	à deux bénéficiaires, à l'occasion d'un même déplacement, par bénéficiaire.....	C	16
0067	103552	à trois bénéficiaires ou plus, à l'occasion d'un même déplacement, par bénéficiaire.....	C	13
0107	103611	Visite effectuée au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures.....	N	8
0108	103633	Visite effectuée au domicile du malade, la nuit, entre 21 heures et 8 heures.....	N	15
0109	103655	Visite effectuée le week-end, du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, au domicile du malade.....	N	10

0116	103670	Visite au domicile du malade effectuée au cours d'un jour férié, c'est-à-dire depuis la veille de ce jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain de ce même jour à 8 heures.....	N	10
0113	103714	Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste en pédiatrie..... 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. Par visite, il faut entendre l'examen fait au domicile ou 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 honoraires prévus sous les n°s 103213, 103235, 103316, 103331, 103353, 103412, 103434, 103515, 103530 et 103552 comprennent les frais de déplacement.	N	6
		Supplément pour consultation d'urgence au cabinet d'un médecin, quelle que soit sa qualification :		
0150	104016	lorsque la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures.....	N	3
0151	104031	lorsque la consultation est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures.....	N	6,5
		Suppléments aux visites n°s 103316, 103331, 103353, 103515, 103530 ou 103552 :		
0152	105011	lorsque la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures.....	N	3
0153	105033	lorsque la visite est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures.....	N	6,5
		Suppléments aux visites n°s 103213, 103235, 103412 ou 103434 :		
0154	105055	lorsque la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures.....	N	3
0155	105070	lorsque la visite est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures.....	N	6,5

B. - Avis.

0100	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.		

C. - 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 y est appelé en consultation par le médecin traitant.

D. - Les honoraires pour consultation à son cabinet du médecin spécialiste en neuropsychiatrie ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour la prestation n° 477153 - 477164 prévue à l'article 20, § 1er, f.

E. - Pour l'application du présent article, est considéré comme médecin de médecine générale, le médecin agréé par le Ministre de la Santé publique à un titre de spécialiste et qui, dans le cadre de son agrégation, est autorisé à exercer localement ou durant une période déterminée la médecine générale : les honoraires dus pour consultation à son cabinet ou pour visite au domicile du malade, les conditions de leur remboursement, de même que les conditions de leur cumul avec les honoraires pour prestations techniques ne requérant pas la qualification de médecin spécialiste, sont ceux fixés pour le médecin de médecine générale.

F. - Pour l'application du présent article, est considéré comme médecin porteur d'un certificat de formation complémentaire :

1° le médecin de médecine générale ayant suivi et achevé le 31 décembre 1977 au plus tard, dans les conditions déterminées par la Commission nationale médico-mutualiste visée à l'article 34 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, un cycle de cours de formation complémentaire, et à qui un certificat l'attestant a été délivré par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ;

2° le médecin de médecine générale qui est reconnu comme tel par le Ministre de la Santé publique dans les conditions déterminées par ce dernier.

Par dérogation au 1°, les cours de formation complémentaire donnés au cours de l'année 1977 et approuvés par le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes sont pris en considération pour vérifier si les conditions visées audit 1° sont remplies.

G. - Les prestations 104016, 104031, 105011, 105033, 105055, 105070, 103611, 103633, 103655 et 103670 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés ou 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.

H. - Les jours fériés visés aux prestations 103670, 104016, 105011 ou 105055 sont : 1er janvier, lundi de Pâques, 1er mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1er novembre, 11 novembre, 25 décembre.

I. - 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 dont les honoraires ont la valeur relative la moins élevée. Cette règle ne s'applique pas s'il s'agit de médecins spécialistes qui ont la qualification complémentaire d'une des spécialités suivantes : biologie clinique, radiodiagnostic, médecine nucléaire et anatomo-pathologie.

CHAPITRE III. - Soins courants

Section 1. - Prestations techniques médicales

Art. 3. § 1er. Sont considérés comme prestations courantes qui ne requièrent pas la qualification de médecin spécialiste (indice A) :

ANESTHESIE.

(1)	(2)	(3)			
0201	112011	112022	Infiltration anesthésiante du sphincter anal.....	K	4
0202	112033	112044	Injection anesthésiante pour entorse.....	K	4

APPAREIL DIGESTIF.

0221	112210	112221	Dilatation de l'oesophage.....	K	10
0222	112232	112243	* Tubage gastrique.....	K	6
0223	112254	112265	* Tubage duodénal, minuté ou non.....	K	10
0224	112276	112280	Incision d'abcès de l'anus.....	K	6
0226	112291	112302	* Injection sclérosante pour fissure anale, par séance.....	K	10
0227	112313	112324	* Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance.....	K	10

APPAREIL URO-GENITAL.

0228	113013	113024	Incision d'abcès péri-urétral.....	K	6
0229	113035	113046	* Cathétérisme vésical, avec ou sans lavage.....	K	6
0230	113050	113061	* Ponction vésicale.....	K	10
0232	113072	113083	Suture de la vulve ou du vagin pour traumatisme en dehors d'une manoeuvre obstétricale.....	K	10
0233	113094	113105	Excision de condylomes vulvaires, par cure.....	K	35
0234	113116	113120	Dilatation vulvaire, sous narcose, en dehors d'un curetage ou d'une manoeuvre obstétricale.....	K	25
0235	113131	113142	Incision d'abcès du périnée.....	K	6
0236	113153	113164	* Ponction du Douglas ou du paramètre.....	K	6
0237	113175	113186	* Ponction d'hydrocèle.....	K	4
0238	113190	113201	* Ponction d'hydramnios simple.....	K	4

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

0239 113212 113223 Incision de la glande de Bartholin pour drainage..... K 6

BIOLOGIE CLINIQUE.

a) Prestations effectuées par un médecin de médecine générale ou un médecin porteur d'un certificat de formation complémentaire :

1° Examens chimiques :

A. Constituants chimiques du sang :

0800	130012	130023	Dosage de l'acide urique.....	B	84
0801	130034	130045	Dosage de la bilirubine.....	B	95
0802	130056	130060	Test de turbidité au thymol.....	B	67
0803	130071	130082	Test de turbidité de Burstein.....	B	67
0804	130093	130104	Test de turbidité au zinc selon Kunkel.....	B	67
0805	130115	130126	Dosage de glucose.....	B	67
0806	130130	130141	Dosage de l'urée.....	B	67

B. Dosage des enzymes dans le sang :

0807	130513	130524	Dosage des transaminases glutamiques oxalo-acétiques.....	B	105
0808	130535	130546	Dosage des transaminases glutamiques pyruviques.....	B	105

C. Urines :

0809	130756	130760	Dosage du glucose ou autres sucres réducteurs (peut seulement être porté en compte si la recherche qualitative a donné un résultat positif).....	B	57
0810	130771	130782	Dosage des protéines totales (peut seulement être porté en compte si la recherche qualitative a donné un résultat positif).....	B	29

D. Sucs gastrique et duodéal :

0811	131014	131025	Recherche de l'acide lactique.....	B	14
0812	131036	131040	Titrage de l'acidité libre et de l'acidité totale.....	B	48
0813	131051	131062	Recherche du sang.....	B	14

E. Selles :

0814	131250	131261	Recherche du sang.....	B	29
0815	131272	131283	Recherche de la stercobiline.....	B	14

F. Epreuves fonctionnelles :

0816	131515	131526	Courbe d'hyper- ou d'hypoglycémie provoquée (minimum quatre dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie (non cumulable avec la prestation n° 130115 - 130126).....	B	450
0817	131530	131541	Par dosage de glycémie supplémentaire (maximum quatre).....	B	67

Les produits utilisés pour les épreuves susmentionnées sont compris dans les honoraires pour ces prestations.

2° Examens hématologiques :

0830	132016	132020	Numération des éosinophiles en dehors de la formule leucocytaire.....	B	67
0831	132031	132042	Numération des hématies ponctuées	B	95
0832	132053	132064	Dosage de l'hémoglobine par méthode électrophotométrique.....	B	48
0833	132075	132086	Numération des globules rouges et/ou hématocrite.....	B	48
0834	132090	132101	Numération des globules blancs.....	B	38
0835	132112	132123	Numération des corps de Heinz.....	B	95
0836	132134	132145	Formule leucocytaire.....	B	90
0837	132156	132160	Recherche de parasites sanguins.....	B	191
0838	132171	132182	Numération des plaquettes.....	B	85
0839	132193	132204	Détermination de la résistance globulaire avec courbe d'hémolyse (minimum 10 points).....	B	153
0840	132215	132226	Numération des réticulocytes.....	B	95
0841	132230	132241	Mesure de la vitesse de sédimentation globulaire.....	B	38

3° Coagulation et hémostase :

0850	133011	133022	Temps de coagulation et/ou temps de coagulation activé.....	B	76
0851	133033	133044	Temps de saignement.....	B	57

4° Examens sérologiques ou immunologiques :

0860	133254	133265	Test au latex.....	B	76
0861	133276	133280	Recherche de la protéine C réactive.....	B	76
0862	133291	133302	Test de Waaler Rose sur lame.....	B	76

5° Examens micro-biologiques et microscopiques :

a) urines :

0870	134013	134024	Examen microscopique du sédiment urinaire (avec ou sans coloration simple).....	B	75
0871	134035	134046	Examen bactériologique direct après coloration double, sans recherche du bacille de Koch.....	B	85
0872	134050	134061	Recherche du bacille de Koch.....	B	96

b) selles :

0873	134072	134083	Examen bactériologique et/ou parasitologique direct..	B	43
0874	134094	134105	Examen macroscopique et microscopique d'utilisation alimentaire (recherche des graisses, des fibres musculaires et de l'amidon au minimum).....	B	122
0875	134116	134120	Examen parasitologique après enrichissement, y compris l'examen direct.....	B	320

c) pus, exsudats, expectorations, liquides de ponction, sperme, frottis de gorge :

0876	134131	134142	Examen microscopique cyto-bactériologique avec ou sans coloration simple.....	B	75
0877	134153	134164	Examen microscopique cyto-bactériologique après coloration double, sans recherche du bacille de Koch.....	B	85
0878	134175	134186	Recherche du bacille de Koch sans homogénéisation....	B	96
0879	134190	134201	Recherche du bacille de Koch par examen direct, avant et après homogénéisation.....	B	171

6° Hormonologie :

0890	134912	134923	Diagnostic immunologique de la grossesse par procédé sur lame.....	B	114
------	--------	--------	--	---	-----

b) Prestations effectuées par un médecin spécialiste ou par tout autre praticien agréé pour effectuer des prestations de biologie médicale :

1° Examens chimiques :

A. Constituants chimiques du sang :

0900	135015	135026	Dosage de l'acide urique.....	B	84
0901	135030	135041	Dosage de la bilirubine.....	B	95
0902	135052	135063	Test de turbidité au thymol.....	B	67
0903	135074	135085	Test de turbidité de Burstein.....	B	67
0904	135096	135100	Test de turbidité au zinc selon Kunkel.....	B	67
0905	135111	135122	Dosage de glucose.....	B	67
0906	135133	135144	Dosage de l'urée.....	B	67

B. Dosage des enzymes dans le sang :

0907	135516	135520	Dosage des transaminases glutamiques oxalo-acétiques.....	B	105
0908	135531	135542	Dosage des transaminases glutamiques pyruviques.....	B	105

C. Urines :

0909	135752	135763	Dosage du glucose ou autres sucres réducteurs (peut seulement être porté en compte si la recherche qualitative a donné un résultat positif).....	B	57
0910	135774	135785	Dosage des protéines totales (peut seulement être porté en compte si la recherche qualitative a donné un résultat positif).....	B	29

D. Sucs gastrique et duodénal :

0911	136010	136021	Recherche de l'acide lactique.....	B	14
0912	136032	136043	Titration de l'acidité libre et de l'acidité totale....	B	48
0913	136054	136065	Recherche du sang.....	B	14

E. Selles :

0914	136253	136264	Recherche du sang.....	B	29
0915	136275	136286	Recherche de la stercobiline.....	B	14

F. Epreuves fonctionnelles :

0916	136511	136522	Courbe d'hyper- ou d'hypoglycémie provoquée (minimum quatre dosages), y compris les dosages éventuels de la glucosurie (non cumulable avec la prestation n° 135111 - 135122).....	B	450
0917	136533	136544	Par dosage de glycémie supplémentaire (maximum quatre).....	B	67

Les produits utilisés pour les épreuves susmentionnées sont compris dans les honoraires pour ces prestations.

2° Examens hématologiques :

0930	137012	137023	Numération des éosinophiles en dehors de la formule leucocytaire.....	B	67
0931	137034	137045	Numération des hématies ponctuées.....	B	95
0932	137056	137060	Dosage de l'hémoglobine par méthode électrophotométrique.....	B	48
0933	137071	137082	Numération des globules rouges et/ou hématocrite.....	B	48
0934	137093	137104	Numération des globules blancs.....	B	38
0935	137115	137126	Numération des corps de Heinz.....	B	95
0936	137130	137141	Formule leucocytaire.....	B	90
0937	137152	137163	Recherche de parasites sanguins.....	B	191
0938	137174	137185	Numération des plaquettes.....	B	85
0939	137196	137200	Détermination de la résistance globulaire avec courbe d'hémolyse (minimum dix points).....	B	153
0940	137211	137222	Numération des réticulocytes.....	B	95
0941	137233	137244	Mesure de la vitesse de sédimentation globulaire.....	B	38

3° Coagulation et hémostase :

0950	138014	138025	Temps de coagulation et/ou temps de coagulation activé.....	B	76
0951	138036	138040	Temps de saignement.....	B	57

4° Examens sérologiques ou immunologiques :

0960	138250	138261	Test au latex.....	B	76
0961	138272	138283	Recherche de la protéine C réactive.....	B	76
0962	138294	138305	Test de Waaler Rose sur lame.....	B	76

5° Examens micro-biologiques et microscopiques :

a) urines :

0970	139016	139020	Examen microscopique du sédiment urinaire (avec ou sans coloration simple).....	B	75
------	--------	--------	---	---	----

0971	139031	139042	Examen bactériologique direct après coloration double, sans recherche du bacille de Koch.....	B	85
0972	139053	139064	Recherche du bacille de Koch.....	B	96
			b) selles :		
0973	139075	139086	Examen bactériologique et/ou parasitologique direct..	B	43
0974	139090	139101	Examen macroscopique et microscopique d'utilisation alimentaire (recherche des graisses, des fibres musculaires et de l'amidon au minimum).....	B	122
0975	139112	139123	Examen parasitologique après enrichissement, y compris l'examen direct.....	B	320
			c) pus, exsudats, expectorations, liquides de ponction, sperme, frottis de gorge :		
0976	139134	139145	Examen microscopique cyto-bactériologique avec ou sans coloration simple.....	B	75
0977	139156	139160	Examen microscopique cyto-bactériologique après coloration double, sans recherche du bacille de Koch.....	B	85
0978	139171	139182	Recherche du bacille de Koch sans homogénéisation....	B	96
0979	139193	139204	Recherche du bacille de Koch par examen direct, avant et après homogénéisation.....	B	171
			6° Hormonologie :		
0990	139915	139926	Diagnostic immunologique de la grossesse par procédé sur lame.....	B	114
			INJECTIONS.		
0310	144012	144023	* Injection épidurale.....	K	6
0311	144034	144045	Injections intraparamétriales ou intracervicales.....	K	6
0312	144056	144060	Injection sous-conjonctivale.....	K	4
0313	144071	144082	* Injection sclérosante des veines, pour varices, par séance.....	K	4
			NERFS.		
0314	144255	144266	* Alcoolisation d'un ou des nerfs de la face.....	K	15
0315	144270	144281	* Infiltration du sympathique, par côté.....	K	6
0316	144292	144303	* Infiltration paravertébrale.....	K	6
			NEZ, GORGE, OREILLES.		
0317	144513	144524	Incision d'abcès lingual.....	K	6
0318	144535	144546	Paracenthèse du ou des tympans.....	K	10
0319	144550	144561	Incision d'abcès du septum nasal.....	K	6
0320	144572	144583	Ablation ou électrocoagulation de polypes du nez, par narine et par cure.....	K	25
0321	144594	144605	* Tamponnement nasal pour épistaxis.....	K	2
0322	144616	144620	* Galvano-cautérisation nasale.....	K	4
0323	144631	144642	Incision d'hématome du septum nasal.....	K	6

0324	144653	144664	* Tamponnement nasal postérieur.....	K	24
0325	144675	144686	Galvano-cautérisation simple d'un cornet.....	K	6
0326	144690	144701	Incision d'abcès amygdalien.....	K	6
0327	144712	144723	* Extraction de corps étrangers, non enclavés du pharynx.....	K	6

OEIL.

0328	145014	145025	Exérèse de papillome ou autre tumeur bénigne palpébrale.....	K	10
------	--------	--------	--	---	----

PANSEMENTS ET APPAREILS AUTRES QU'APPAREILS PLATRES OU ORTHOPEDIQUES

0330	145250	145261	Appareillage provisoire de contention effectué d'urgence en cas de fractures ou luxations (ne peut être porté en compte qu'une fois par cas).....	K	12
0331	145272		* Pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues.....	K	2
0332		145305	* Pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues, en période d'hospitalisation.....	K	8

PEAUX, MUQUEUSES, TISSUS SOUS-CUTANES.

0333	145515	145526	Extraction de corps étrangers sus-aponévrotiques, nécessitant incision des tissus, à l'exclusion des corps étrangers du globe oculaire.....	K	20
0335	145530	145541	Ablation d'ongle incarné.....	K	20
0336	145552	145563	Incision d'un panaris de la pulpe.....	K	10
0337	145574	145585	Incision de phlegmon superficiel ou d'anthrax.....	K	10
0338	145596	145600	Incision d'abcès du sein.....	K	6

PHYSIOTHERAPIE.

0350	146016	146020	* Aérosols.....	K	2,5
0351	146031	146042	* Arcs ou ultra-violetes.....	K	3
0352	146053	146064	* Infra-rouges.....	K	3
0353	146075	146086	* Arcs ou ultra-violetes, combinés avec Infra-rouges..	K	4
0354	146090	146101	* Bain de lumière général.....	K	3
0355	146112	146123	* Massage, par séance.....	K	3
0356	146134	146145	* Massage avec mobilisation, traitement combiné.....	K	4

PONCTIONS.

0360	147011	147022	* Ponction d'abcès froid.....	K	4
0361	147033	147044	* Ponction articulaire, avec ou sans injection médicamenteuse.....	K	10
0362	147055	147066	* Ponction d'ascite ou de pleurésie.....	K	10
0363	147070	147081	* Ponction de péricardite, y compris les injections et lavages éventuels.....	K	20

0364	147092	147103	* Ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique...	K	10
0365	147114	147125	* Ponction d'un organe hématopoïétique, à l'exclusion du foie et de la rate.....	K	10
0366	147136	147140	* Ponction évacuatrice d'ascite ou de pleurésie, y compris les injections et lavages éventuels.....	K	18

CHIRURGIE DES PLAIES.

Suture par fils de plaies de la face :

0380	148013	148024	Une ou deux plaies.....	K	18
0381	148035	148046	Trois ou plus de trois plaies.....	K	27

Suture par fils de plaies de la face nécessitant la résection de tissus nécrotiques et/ou l'hémostase des tissus sous-cutanés par ligature :

0382	148050	148061	Une ou deux plaies.....	K	30
0383	148072	148083	Trois ou plus de trois plaies.....	K	45

Suture par fils de plaies autres que celles de la face :

0384	148094	148105	Une ou deux plaies.....	K	12
0385	148116	148120	Trois ou plus de trois plaies.....	K	18

Suture par fils de plaies autres que celles de la face nécessitant la résection de tissus nécrotiques et/ou l'hémostase des tissus sous-cutanés par ligature :

0386	148131	148142	Une ou deux plaies.....	K	20
0387	148153	148164	Trois ou plus de trois plaies.....	K	30

Les prestations 148013 - 148024, 148035 - 148046, 148050 - 148061, 148072 - 148083 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 148094 - 148105, 148116 - 148120, 148131 - 148142, 148153 - 148164 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 148050 - 148061, 148072 - 148083, 148094 - 148105, 148116 - 148120, 148013 - 148024, 148035 - 148046, 148131 - 148142, 148153 - 148164 comprennent la toilette de la plaie y compris l'élimination des corps étrangers.

DIVERS.

0390	149015	149026	* Curetage de fistule.....	K	20
0391	149030	149041	* Implantation hormonale.....	K	10
0393	149052	149063	Polypectomie intra-cervicale.....	K	20
0394	149074	149085	* Examen radioscopique, avec protocole.....	K	5
0395	149096	149100	* Saignée effectuée dans un but thérapeutique.....	K	10

0396	149111	149122	* Transfusion de sang ou de plasma, y compris tout examen extemporané fait au lit du malade, et à l'exclusion de transfusions peropératoires effectuées dans les quarante-huit heures qui comprennent et suivent le moment de l'intervention.....	K	25
0397	149133	149144	* Massage cardiaque par manoeuvres externes.....	K	20
0398	149155	149166	Ablation de marisque simple ou multiple.....	K	20

§ 2. Lorsqu'un médecin, agréé à un titre quelconque de spécialiste, effectue l'une des prestations courantes prévues au § 1er du présent article, ces prestations sont honorées comme telles et donnent lieu au paiement de l'intervention personnelle du bénéficiaire visée à l'article 25 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

§ 3. Les pharmaciens et les licenciés en sciences agréés par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie médicale peuvent pratiquer celles des prestations de biologie clinique visées à l'article 3, § 1er pour lesquelles ils sont agréés.

L'agrération mentionne les prestations pour lesquelles ils sont qualifiés.

Les dispositions relatives aux prestations médicales s'appliquent également aux prestations effectuées par les pharmaciens ou les licenciés en sciences susvisés.

§ 4. Les honoraires prévus pour la prestation n° 144653 - 144664 peuvent être cumulés avec le supplément pour prestations techniques urgentes effectuées la nuit ou le week-end ou durant un jour férié ainsi qu'avec les honoraires pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé.

Section 2. - Soins dentaires.

Art. 4. § 1er. L'intervention de l'assurance est limitée aux consultations et prestations reprises à l'article 5, lorsqu'elles sont effectuées par un praticien de l'art dentaire ayant l'une des qualifications suivantes, dans les limites des prérogatives conférées par les diplômes légaux :

médecin agréé au titre de spécialiste en stomatologie (DR);

médecin, porteur du diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, délivré sous le régime des lois antérieures à celle du 21 mai 1929 (TM);

médecin, porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL);

licencié en science dentaire (TA);

dentiste capacitaire (TB).

§ 2. Le service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité publie la liste des praticiens visés au § 1er du présent article.

Art. 5. Sont considérés comme des prestations qui requièrent la qualification de praticien de l'art dentaire (DR, TM, TL, TA, TB) :

(1)	(2)	(3)		
0401	301011		* Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire.....	N 4
0404	301033		* Consultation d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire demandée par un médecin au domicile du malade : honoraires du praticien appelé en consultation.....	N 11
0413	303133	303144	* Extraction d'une dent.....	L 10
0414	303155	303166	* Extraction de dent : par dent supplémentaire au cours de la même séance.....	L 5
0415	303170	303181	* Extraction chirurgicale de dent avec résection osseuse et suture des lambeaux muqueux incisés.....	L 25
0416	303295	303306	* Obturation sans dévitalisation, une face.....	L 20
0431	303310	303321	* Obturation sans dévitalisation, deux faces.....	L 25
0432	303332	303343	* Obturation sans dévitalisation, plus de deux faces.....	L 30
0433	303354	303365	* Obturation sans dévitalisation, chez l'enfant jusqu'à son 12e anniversaire, une face.....	L 30
0434	303376	303380	* Obturation sans dévitalisation chez l'enfant jusqu'à son 12e anniversaire, plusieurs faces.....	L 40
0435	303391	303402	* Traitement et obturation radiculaire de dent montrant un canal.....	L 25
0436	303413	303424	* Traitement et obturation radiculaire de dent montrant plusieurs canaux.....	L 40
0437	303435	303446	* Traitement et obturation radiculaire de dent montrant un canal, chez l'enfant jusqu'à son 12ème anniversaire.....	L 25
0438	303450	303461	* Traitement et obturation radiculaire de dent montrant plusieurs canaux, chez l'enfant jusqu'à son 12ème anniversaire.....	L 40
Prothèses dentaires, consultations comprises :				
0440	306272	306283	* une dent.....	L 70
0441	306294	306305	* deux dents.....	L 73
0442	306316	306320	* trois dents.....	L 76
0443	306331	306342	* quatre dents.....	L 80
0444	306353	306364	* cinq dents.....	L 85
0445	306375	306386	* six dents.....	L 92
0446	306390	306401	* sept dents.....	L 100
0447	306412	306423	* huit dents.....	L 106
0448	306434	306445	* neuf dents.....	L 114

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

0449	306456	306460	* dix dents.....	L	122
0450	306471	306482	* onze dents.....	L	132
0451	306493	306504	* douze dents.....	L	150
0452	306515	306526	* treize dents.....	L	165
0453	306530	306541	* quatorze dents ou prothèse totale d'un maxillaire..	L	180
0474	306736	306740	* Adjonction d'une dent à une prothèse existante.....	L	35
0475	306751	306762	* Adjonction de dent à une prothèse existante, par dent supplémentaire.....	L	10
0476	306773	306784	* Réparation de prothèse : maximum par prothèse et par année.....	L	25
0477	306795	306806	* Les honoraires pour remontage d'une prothèse sont équivalents à 75 pc. des honoraires prévus pour cette prothèse.		
0478	306810	306821	* Les honoraires pour remplacement de la base sont équivalents à 40 pc. des honoraires prévus pour la prothèse.		
Traitements orthodontiques :					
0461	305594	305605	* Examen préliminaire à un traitement orthodontique éventuel, y compris la consultation, et comportant la prise d'empreinte des deux arcades, la confection des moulages, l'établissement du diagnostic et du plan de traitement, avec rapport.....	L	50
0462	305616	305620	* Forfait mensuel de traitement régulier.....	L	16,5
Forfait pour appareils et par traitement :					
0463	305631	305642	* Au début du traitement.....	L	125
0467	305675	305686	* Après les premiers six mois de traitement, si le traitement se prolonge au-delà du sixième mois.....	L	125
0464	305830	305841	* Avis ou examen orthodontique, avec rapport.....	L	10
0465	305852	305863	* Séances trimestrielles de contrôle de contention, pendant deux ans au plus : par séance.....	L	10
0466	305874	305885	* Confection, à la demande du Conseil technique dentaire, des moulages de l'empreinte des deux arcades prise à l'occasion d'une demande de prolongation de traitement orthodontique.....	L	15

Art. 6. Généralités.

§ 1. Les honoraires pour consultation comprennent l'examen du patient et la prescription éventuelle de médicaments. Les honoraires pour consultation au cabinet d'un médecin spécialiste en stomatologie, d'un médecin-dentiste, d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour une prestation de soins dentaires.

§ 2. Sauf exceptions prévues au présent article, les règles relatives à l'ensemble de la nomenclature sont applicables aux prestations de soins dentaires et aux praticiens qui les effectuent.

Extractions et obturations

§ 3. En cas d'extraction chirurgicale de dent avec résection osseuse et suture des lambeaux muqueux incisés, toute extraction supplémentaire, même chirurgicale, effectuée dans un même temps et dans le même champ opératoire donne droit aux honoraires prévus pour la prestation n° 303155 - 303166.

L'intervention de l'assurance n'est due pour la prestation n° 303170 - 303181 qu'après autorisation du médecin-conseil préalable à cette intervention.

Par champ opératoire, il y a lieu de considérer une hémiarcade ou la série des dents allant de canine à canine.

§ 4. Lorsque plusieurs obturations ont été effectuées, de manière distincte, sur une même dent, chaque obturation donne droit à des honoraires distincts.

Les honoraires pour traitement et obturation de racines ne sont dus que si une radiographie de contrôle démontre :

- a) s'il s'agit de dent définitive montrant un seul canal, l'obturation complète du canal ;
- b) s'il s'agit de dent définitive montrant plusieurs canaux, l'obturation des canaux aux deux-tiers au moins de leur longueur ;
- c) s'il s'agit de dent de lait, l'obturation des canaux au tiers au moins de leur longueur.

Les honoraires couvrent la radiographie de contrôle prouvant l'obturation canaliculaire.

Le remboursement de ces honoraires n'est dû que sur présentation de la radiographie de contrôle au médecin-conseil.

Prothèses

§ 5. L'intervention de l'assurance pour prothèse dentaire est due lorsque le coefficient masticatoire prémolaire et molaire est égal ou inférieur à trois. Il convient en outre que les prothèses rétablissent un coefficient masticatoire au moins égal à cinq.

L'intervention de l'assurance n'est due, après accord du médecin-conseil, que si la demande en a été introduite avant le placement de la prothèse ; elle n'est octroyée qu'après ce placement sur présentation d'une attestation de soins complétée, portant la date, la signature et le cachet du praticien qui a effectivement élaboré et placé la prothèse.

L'intervention de l'assurance n'est due que si le bénéficiaire est âgé de 50 ans au moins, ou, si le bénéficiaire n'a pas atteint cet âge, lorsqu'il est atteint d'une des affections ou se trouve dans l'une des situations suivantes :

- a) tuberculose pulmonaire évolutive ;
- b) ulcère de l'estomac ou du duodénum, diverticule de l'oesophage, de l'estomac ou de l'intestin, sténose de l'oesophage, colite ulcéreuse, méga-oesophage, iléite terminale de Crohn ;
- c) opéré de gastrectomie, de gastro-entérostomie ou d'une intervention mutilante intéressant l'estomac ou l'intestin ;
- d) anémie grave ;
- e) suites d'ostéomyélite de la mâchoire ayant entraîné la perte des dents ;
- f) suite de traitement radiothérapique ou radiumthérapique ayant entraîné la perte des dents ;
- g) intervention chirurgicale sur le coeur ayant nécessité l'extraction préalable des dents ;
- h) traitement par agent ionisant ayant nécessité l'extraction préalable des dents ;
- i) transplantation rénale ayant nécessité l'extraction préalable des dents.

Le renouvellement d'une prothèse ou le remontage n'est admis qu'à l'expiration d'une période de sept années à compter de la date de la délivrance d'une prothèse antérieure ; au cours de cette même période, les honoraires pour prothèse et remontage ne peuvent être cumulés.

Les honoraires pour remplacement de la base sont dus au plus tôt six mois à compter de la date de la délivrance de la prothèse et au maximum deux fois pour la même prothèse.

Traitements orthodontiques

§ 6. Aucun traitement orthodontique ne peut être commencé ni poursuivi dans une bouche où les dents définitives n'ont pas été soignées.

§ 7. Le rapport prévu à la prestation n° 305594 - 305605 est constitué d'un formulaire réglementaire que complète et signe le praticien ; il est joint à l'attestation de soins donnés.

§ 8. La demande d'intervention de l'assurance pour traitement orthodontique doit être introduite auprès du médecin-conseil, au moyen d'un formulaire réglementaire complété et signé par le praticien, avant que l'enfant ait atteint son quatorzième anniversaire.

§ 9. L'autorisation d'intervention de l'assurance pour un traitement orthodontique doit être accordée par le médecin-conseil dans le mois suivant l'introduction de la demande ; l'intervention de l'assurance n'est cependant pas due pour la période de traitement éventuel précédant l'introduction de la demande.

La prestation préliminaire à cette demande doit comporter tous les éléments constitutifs de la prestation n° 305594 - 305605, la demande formant rapport ; elle est dès lors remboursable comme telle, même si l'autorisation d'intervention est refusée. Le médecin-conseil peut exiger la communication des moulages confectionnés lors de l'examen préliminaire.

§ 10. L'intervention de l'assurance dans les honoraires pour la prestation n° 305594 - 305605 est due, si cette prestation est à nouveau effectuée, préliminairement à une demande d'intervention de l'assurance pour traitement orthodontique, deux années après qu'une première prestation n° 305594 - 305605 aura été effectuée mais sans qu'elle ait été suivie de traitement.

§ 11. Le forfait mensuel prévu sous le n° 305616 - 305620 est payable après chaque semestre de traitement et au maximum vingt-quatre fois pendant une période d'au moins deux ans.

§ 12. S'il est nécessaire et justifié qu'un traitement orthodontique soit prolongé au-delà de la période prévue au paragraphe précédent, l'intervention de l'assurance n'est due qu'après accord préalable du Conseil technique dentaire qui fixe la durée de l'intervention de l'assurance pour cette prolongation ; celle-ci ne peut toutefois dépasser dans l'ensemble, quatre semestres de traitement ni le seizième anniversaire de l'enfant, sauf si ce dernier est atteint de fente labiale, alvéolaire ou palatine.

§ 13. La demande d'intervention de l'assurance pour prolongation de traitement orthodontique doit être introduite au moyen d'un formulaire réglementaire complété et signé par le praticien, à l'intervention du médecin-conseil de l'organisme assureur, auprès du Conseil technique dentaire au plus tard un mois avant le début de la prolongation ; elle est justifiée par le rapport, mentionné sur le formulaire susvisé qui accompagne la prestation n° 305830 - 305841, celle-ci étant remboursable en l'occurrence.

Le Conseil technique dentaire peut, à cette occasion, exiger la communication des moulages, et notamment de ceux confectionnés lors de l'examen préliminaire. L'intervention de l'assurance n'est en tout cas due au plus tôt qu'à partir du premier mois qui suit la date de la demande de prolongation.

§ 14. Si le patient, sans l'accord du praticien, interrompt pendant plus de trois mois le traitement orthodontique, l'intervention de l'assurance cesse définitivement.

§ 15. La perte ou la détérioration par le patient des appareils visés sous les n°s 305631 - 305642 et 305675 - 305686 ne donnent pas lieu à l'intervention de l'assurance-maladie.

Section 3. - Kinésithérapie.

Art. 7. § 1er. Sont considérés comme relevant de la compétence technique des kinésithérapeutes (M) :

(1)	(2)			
0531	505315	Séance de kinésithérapie individuelle d'une durée globale moyenne de trente minutes, comprenant plusieurs prestations dont au moins la rééducation fonctionnelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage) et le massage manuel (avec ou sans utilisation d'appareil).....	M	17,5
0532	505330	Séance de kinésithérapie individuelle comprenant plusieurs prestations dont au moins la rééducation fonctionnelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage) ou le massage manuel (avec ou sans utilisation d'appareil).....	M	12
0533	505352	Séance de kinésithérapie individuelle comprenant plusieurs prestations à l'exception de la rééducation fonctionnelle par le mouvement et du massage.....	M	5
0541	505374	Massage manuel avec ou sans utilisation d'appareil...	M	8,5
0542	505396	Electrothérapie d'un ou de plusieurs genres, à l'exception des rayons ultra-violets et des bains de lumière.....	M	3
0543	505411	Séance de rayons ultra-violets ou bain de lumière local ou général.....	M	2
0544	505433	Application locale d'eau, de vapeur, de glace, de paraffine, de fango ou de parafango.....	M	3
0545	505455	Bain minéral ou médicamenteux, y compris les manipulations concomitantes éventuelles.....	M	5
0546	505470	Bain complet de fango.....	M	5
0547	505492	Rééducation fonctionnelle individuelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage).....	M	8,5
0548	505514	Rééducation fonctionnelle collective par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage), maximum 3 personnes : par personne.....	M	4
0549	505536	Préparation individuelle à l'accouchement sans crainte.....	M	8,5
0550	505551	Gymnastique post-natale individuelle.....	M	8,5
0551	505573	Préparation collective à l'accouchement sans crainte, maximum trois personnes : par personne.....	M	4,5
0552	505595	Gymnastique post-natale collective, maximum trois personnes : par personne.....	M	3,5
0553	505610	Mécanothérapie.....	M	4

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

Prestations effectuées au domicile ou résidence communautaire, momentané ou définitif, de personnes âgées ou handicapées :

0561	506612	Séance de kinésithérapie individuelle d'une durée globale moyenne de trente minutes, comprenant plusieurs prestations dont au moins la rééducation fonctionnelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage) et le massage manuel (avec ou sans utilisation d'appareil).....	M	17,5
0562	506634	Séance de kinésithérapie individuelle comprenant plusieurs prestations dont au moins la rééducation fonctionnelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage) ou le massage manuel (avec ou sans utilisation d'appareil).....	M	12
0563	506656	Séance de kinésithérapie individuelle comprenant plusieurs prestations à l'exception de la rééducation fonctionnelle par le mouvement et du massage.....	M	5
0571	506671	Massage manuel avec ou sans utilisation d'appareil...	M	8,5
0572	506693	Electrothérapie d'un ou de plusieurs genres, à l'exception des rayons ultra-violetes et des bains de lumière.....	M	3
0573	506715	Séance de rayons ultra-violetes ou bain de lumière local ou général.....	M	2
0574	506730	Application locale d'eau, de vapeur, de glace, de paraffine, de fango ou de parafango.....	M	3
0575	506752	Bain minéral ou médicamenteux, y compris les manipulations concomitantes éventuelles.....	M	5
0576	506774	Bain complet de fango.....	M	5
0577	506796	Rééducation fonctionnelle individuelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage).....	M	8,5
0578	506811	Rééducation fonctionnelle collective par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage), maximum 3 personnes : par personne.....	M	4
0579	506833	Préparation individuelle à l'accouchement sans crainte.....	M	8,5
0580	506855	Gymnastique post-natale individuelle.....	M	8,5
0581	506870	Préparation collective à l'accouchement sans crainte, maximum trois personnes : par personne.....	M	4,5
0582	506892	Gymnastique post-natale collective, maximum trois personnes : par personne.....	M	3,5
0583	506914	Mécanothérapie.....	M	4

Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés :

Gut 2

(1)	(2)	(3)		
0501		503005	Séance de kinésithérapie individuelle d'une durée globale moyenne de trente minutes, comprenant plusieurs prestations dont au moins la rééducation fonctionnelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage) et le massage manuel (avec ou sans utilisation d'appareil).....	M 17,5
0502		503020	Séance de kinésithérapie individuelle comprenant plusieurs prestations dont au moins la rééducation fonctionnelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage) ou le massage manuel (avec ou sans utilisation d'appareil).....	M 12
0503		503042	Séance de kinésithérapie individuelle comprenant plusieurs prestations à l'exception de la rééducation fonctionnelle par le mouvement et du massage.....	M 5
0511		503064	Massage manuel avec ou sans utilisation d'appareil...	M 8,5
0512		503086	Electrothérapie d'un ou de plusieurs genres, à l'exception des rayons ultra-violets et des bains de lumière.....	M 3
0513		503101	Séance de rayons ultra-violets ou bain de lumière local ou général.....	M 2
0514		503123	Application locale d'eau, de vapeur, de glace, de paraffine, de fango ou de parafango.....	M 3
0515		503145	Bain minéral ou médicamenteux, y compris les manipulations concomitantes éventuelles.....	M 5
0516		503160	Bain complet de fango.....	M 5
0517		503182	Rééducation fonctionnelle individuelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage).....	M 8,5
0518		503204	Rééducation fonctionnelle collective par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage), maximum 3 personnes : par personne.....	M 4
0519		503226	Préparation individuelle à l'accouchement sans crainte	M 8,5
0520		503241	Gymnastique post-natale individuelle.....	M 8,5
0521		503263	Préparation collective à l'accouchement sans crainte, maximum trois personnes : par personne.....	M 4,5
0522		503285	Gymnastique post-natale collective, maximum trois personnes : par personne.....	M 3,5
0523		503300	Mécanothérapie.....	M 4
Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire :				
0591	504313		Séance de kinésithérapie individuelle d'une durée globale moyenne de trente minutes, comprenant plusieurs prestations dont au moins la rééducation fonctionnelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage) et le massage manuel (avec ou sans utilisation d'appareil)..	M 17,5

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

0592	504335	Séance de kinésithérapie individuelle comprenant plusieurs prestations dont au moins la rééducation fonctionnelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage) ou le massage manuel (avec ou sans utilisation d'appareil).....	M	12
0593	504350	Séance de kinésithérapie individuelle comprenant plusieurs prestations à l'exception de la rééducation fonctionnelle par le mouvement et du massage.....	M	5
0584	504372	Massage manuel avec ou sans utilisation d'appareil...	M	8,5
0585	504394	Electrothérapie d'un ou de plusieurs genres, à l'exception des rayons ultra-violetes et des bains de lumière.....	M	3
0586	504416	Séance de rayons ultra-violetes ou bain de lumière local ou général.....	M	2
0587	504431	Application locale d'eau, de vapeur, de glace, de paraffine, de fango ou de parafango.....	M	3
0588	504453	Bain minéral ou médicamenteux, y compris les manipulations concomitantes éventuelles.....	M	5
0589	504475	Bain complet de fango.....	M	5
0564	504490	Rééducation fonctionnelle individuelle par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage).....	M	8,5
0565	504512	Rééducation fonctionnelle collective par le mouvement (gymnastique médicale avec ou sans mobilisation, avec ou sans l'emploi d'appareillage), maximum 3 personnes : par personne.....	M	4
0566	504534	Préparation individuelle à l'accouchement sans crainte.....	M	8,5
0567	504556	Gymnastique post-natale individuelle.....	M	8,5
0568	504571	Préparation collective à l'accouchement sans crainte, maximum trois personnes : par personne.....	M	4,5
0569	504593	Gymnastique post-natale collective, maximum trois personnes : par personne.....	M	3,5
0590	504615	Mécanothérapie.....	M	4

§ 2. Le montant des honoraires des prestations visées au § 1er du présent article couvre également les frais de l'utilisation éventuelle d'appareillage et de produits qui font normalement partie des prestations effectuées et la thermothérapie sous toutes ses formes.

Les traitements définis dans la présente nomenclature, ainsi que leur valeur relative, sont applicables, qu'ils soient pratiqués ou non sous eau.

Ne sont pas honorées les prestations à caractère purement esthétique ou d'hygiène individuelle, ainsi que toute séance de sauna.

§ 3. Par journée et par patient, il ne peut être porté en compte qu'une seule des prestations figurant au § 1er du présent article.

§ 4. Les traitements définis à la présente nomenclature ne sont remboursés que s'ils sont prescrits par un docteur en médecine qui indique la nature des prestations en toutes lettres, le nombre prévu de séances et leur fréquence, la localisation anatomique des lésions et affections à traiter ainsi que la motivation du traitement justifiant l'intervention de l'assurance.

§ 5. Lorsque ce document est remis par le bénéficiaire au kinésithérapeute, celui-ci fait parvenir sans délai, au médecin-conseil, une demande d'autorisation de traitement, accompagnée de la prescription médicale.

Le Comité de gestion du Service des soins de santé peut établir à cette fin, un document réglementaire.

§ 6. L'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées, sauf opposition motivée du médecin-conseil notifiée au bénéficiaire et au kinésithérapeute dans les sept jours à dater de la réception de la demande d'autorisation de traitement.

Dans tous les cas, l'opposition du médecin-conseil vaut refus d'intervention pour toutes les prestations ultérieures jusqu'à une éventuelle autre décision.

Des refus basés sur le non-respect des dispositions figurant au § 2, 3e alinéa du présent article peuvent être émis à tout moment avec effet rétroactif.

§ 7. L'agrément est maintenue à leur demande aux kinésithérapeutes qui, au 31 décembre 1963, sont agréés en application des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité.

Cette agrément ne porte toutefois que sur les prestations pour lesquelles ces personnes étaient reconnues compétentes, soit en application des tarifs de soins de santé précédemment en vigueur, soit suivant la mention du certificat d'agrément.

Ces personnes peuvent cependant solliciter la reconnaissance d'une extension de leur compétence en se soumettant à un examen technique dont le programme est fixé par le Roi, après avis du Conseil d'agrément des kinésithérapeutes visé à l'article 104 de l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

§ 8. Les prestations suivantes : courants spéciaux (ondulés, progressifs, rythmés, exponentiels, ultrasons, ondes radar), diathermie, faradisation, galvanisation, ionisation, ondes courtes peuvent être effectuées par des kinésithérapeutes, à condition qu'elles le soient sous la surveillance d'un médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou d'un médecin qualifié pour appliquer, dans sa spécialité, la physiothérapie au titre d'acte connexe pour ses propres malades. L'un ou l'autre de ces médecins doit être présent dans le bâtiment où sont appliqués les traitements, de façon à pouvoir intervenir à tout moment; dans ce cas, le kinésiste atteste lui-même la prestation.

Pour toutes les autres prestations énumérées au § 1er de l'article 7, l'attestation de soins est également établie par le kinésithérapeute chaque fois qu'il les effectue lui-même, sans la participation active d'un médecin.

Aucune attestation ne peut être établie pour les prestations effectuées par une personne non qualifiée qui se substitue au kinésithérapeute, même en la présence de ce dernier.

§ 9. La durée globale moyenne de trente minutes dont il est question au § 1er du présent article, pour les prestations 505315, 506612, 504313, 503005, est établie sur un ensemble de ces prestations pour l'ensemble de la clientèle du kinésithérapeute portant sur une période d'activité qui ne peut être inférieure à un mois.

Section 4. - Soins donnés par infirmières graduées et assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières et assimilées.

Art. 8 § 1er. Sont considérés comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière ou assimilée (W) :

(1)	(2)			
0621	406210	Une injection intra-musculaire, sous-cutanée ou hypodermique d'un ou de plusieurs produits.....	W	2,65
0622	406232	Deux ou plusieurs injections intra-musculaires, sous-cutanées ou hypodermiques de plusieurs produits.....	W	3,90
0623	406254	Lavement.....	W	2,5
0624	406276	Pansement : un seul.....	W	5
0625	406291	Pansement : deux ou plusieurs.....	W	7,5
0626	406313	Application de ventouses.....	W	2,5
0627	406335	Sondage de vessie.....	W	3
C 0629	406350	Lavage de vessie.....	W	3
0629	406372	Irrigation vaginale.....	W	3
0630	406394	Toilette, à l'exclusion de tout autre soin.....	W	6
0631	406416	Toilette, en cumul avec un ou plusieurs autres soins.....	W	3

Prestations effectuées au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs de personnes âgées ou handicapées :

0651	407514	Une injection intra-musculaire, sous-cutanée ou hypodermique d'un ou de plusieurs produits.....	W	2,5
0652	407536	Deux ou plusieurs injections intra-musculaires, sous-cutanées ou hypodermiques de plusieurs produits.....	W	3,75
0653	407551	Lavement.....	W	2,5
0654	407573	Pansement : un seul.....	W	5

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.

(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

0655	407595	Pansement : deux ou plusieurs.....	W	7,5
0656	407610	Application de ventouses.....	W	2,5
0657	407632	Sondage de vessie.....	W	3
0658	407654	Lavage de vessie.....	W	3
0659	407676	Irrigation vaginale.....	W	3
0660	407691	Toilette, à l'exclusion de tout autre soin.....	W	6
0661	407713	Toilette, en cumul avec un ou plusieurs autres soins.....	W	3

Prestations effectuées la nuit, le week-end ou durant un jour férié :

0681	408811	Une injection intra-musculaire, sous-cutanée ou hypodermique d'un ou de plusieurs produits.....	W	3,61
0682	408833	Deux ou plusieurs injections intra-musculaires, sous-cutanées ou hypodermiques de plusieurs produits.....	W	5,32
0683	408855	Lavement.....	W	3,44
0684	408870	Pansement : un seul.....	W	6,88
0685	408892	Pansement : deux ou plusieurs.....	W	10,32
0686	408914	Application de ventouses.....	W	3,44
0687	408936	Sondage de vessie.....	W	4,13
0688	408951	Lavage de vessie.....	W	4,13
0689	408973	Irrigation vaginale.....	W	4,13
0690	408995	Toilette, à l'exclusion de tout autre soin.....	W	8,25
0691	409010	Toilette, en cumul avec un ou plusieurs autres soins.....	W	4,13

§ 2. Les honoraires pour soins donnés par des infirmières graduées et assimilées, des accoucheuses, des infirmières brevetées, des hospitalières et assimilées, sont dus tant lorsqu'ils ont été donnés au domicile du bénéficiaire que lorsqu'ils ont été donnés à un bénéficiaire traité ambulatoirement dans un dispensaire, une polyclinique ou dans un service de consultation pour malades ambulants annexé à une clinique, à un hôpital ou à tout autre établissement de soins. Dans ce cas, les soins sont ceux qui sont prévus sous les n°s 406210, 406232, 406254, 406276, 406291, 406313, 406335, 406350, 406372, 406394, 406416 de la nomenclature.

Les honoraires pour soins donnés par des infirmières graduées et assimilées, des accoucheuses, des infirmières brevetées, des hospitalières et assimilées, sont également dus lorsqu'ils sont effectués au domicile ou la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou handicapées. Dans ces cas, les soins sont ceux qui sont prévus sous les n°s 407514, 407536, 407551, 407573, 407595, 407610, 407632, 407654, 407676, 407691, 407713 de la nomenclature.

Aucun honoraire n'est dû lorsque les prestations sont effectuées pour les malades hospitalisés ou traités dans les conditions qui autorisent l'établissement hospitalier à porter en compte le forfait prévu à l'article 2, §§ 2 et 3 de la convention conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, ni lorsque les soins fournis font partie intégrante d'une consultation, d'une visite ou d'une prestation technique effectuée par un médecin.

§ 3. Les injections (406210, 406232, 407514, 407536, 408811 ou 408833), les lavements (406254, 407551 ou 408855), les applications de ventouses (406313, 407610 ou 408914), les sondages de vessie (406335, 407632 ou 408936), les lavages de vessie (406350, 407654 ou 408951) et les irrigations vaginales (406372, 407676 ou 408973) ne sont remboursés que s'ils sont prescrits par un médecin. Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre, leur fréquence de même que, pour ce qui concerne les injections, la nature des produits à injecter.

Le remboursement de l'assurance n'est pas subordonné à l'accord préalable du médecin-conseil : la vérification des conditions de remboursement peut être faite dans la suite, s'il y a lieu, par ce médecin.

Le sondage de vessie et le lavage de vessie ne donnent lieu qu'à un seul remboursement lorsqu'ils sont effectués au cours de la même séance de soins.

§ 4. Les pansements (406276, 406291, 407573, 407595, 408870 ou 408892) ne sont remboursés que s'ils sont prescrits par un médecin. Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence.

Les pansements ne peuvent être portés en compte à l'assurance qu'à condition qu'ils nécessitent effectivement l'intervention du prestataire de soins visé au § 1er et que, soit ils ne peuvent être effectués par le bénéficiaire même ou par les personnes qui cohabitent avec lui, soit ils ne peuvent leur être appris s'il s'agit d'un traitement chronique de longue durée.

Toutefois, pour le bénéficiaire porteur d'un anus artificiel ou d'une canule trachéale, les pansements prévus au premier alinéa du présent paragraphe peuvent être remboursés quelles que soient les conditions dans lesquelles il se trouve.

L'attestation de soins donnés ne peut être établie et délivrée pour les pansements cités au premier alinéa ci-dessus, que si le prestataire de soins visé au § 1er a constaté, sur base des données dont il dispose, que le bénéficiaire se trouve dans la situation décrite à l'alinéa 2. Le remboursement des pansements n'est pas subordonné à l'accord préalable du médecin-conseil : la vérification des conditions de remboursement peut être faite à tout moment par ce médecin.

§ 5. Les toilettes (406394 et 406416 ou 407691 et 407713 ou 408995 et 409010) sont remboursées au bénéficiaire atteint d'une affection aiguë ou chronique ou encore d'un handicap qui ne lui permettent pas d'accomplir les actes courants de la vie journalière.

La toilette doit comprendre au minimum :

le bain complet ou partiel, la petite toilette, les soins de la bouche, des dents, des ongles et de la chevelure.

Elle se complète, le cas échéant, par l'installation de la personne au fauteuil et son habillement.

L'attestation de soins donnés ne peut être établie et délivrée pour ces prestations que si le prestataire de soins visé au § 1er a constaté, sur base des données dont il dispose, que le bénéficiaire se trouve dans la situation décrite au premier alinéa ci-dessus.

Le remboursement de l'assurance n'est pas subordonné à la prescription par un médecin. Toutefois, le prestataire de soins visé au § 1er, doit notifier sans délai au médecin-conseil, le début et la prolongation de l'exécution de toilettes.

Celui-ci peut vérifier à tout moment, sur base d'un certificat établi par le médecin traitant ou sur base d'un dossier dont il dispose ou qu'il constitue, si les conditions énoncées au premier alinéa ci-dessus sont réalisées. La notification dont il est question ci-dessus, est établie sur un document réglementaire dont le modèle est fixé par le Comité de Gestion du Service des Soins de Santé.

L'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées, sauf opposition du médecin-conseil, notifiée au bénéficiaire dans les quinze jours, à dater du début du traitement. Dans tous les cas, l'opposition du médecin-conseil vaut refus d'intervention pour toutes les prestations ultérieures jusqu'à une éventuelle autre décision.

§ 6. Le cumul des honoraires pour plusieurs prestations effectuées au cours de la même visite et à l'occasion du même déplacement chez un ou plusieurs titulaires ou bénéficiaires ne peut dépasser la valeur W 10.

Toutefois, pour les prestations effectuées au domicile ou la résidence communautaire, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou handicapées, le cumul des honoraires ne peut dépasser la valeur W 8 par bénéficiaire et par jour.

§ 7. Lorsque l'état du bénéficiaire exige que les soins soient effectués la nuit, le week-end ou durant un jour férié, les honoraires sont ceux prévus pour les prestations 408811, 408833, 408855, 408870, 408892, 408914, 408936, 408951, 408973, 408995, 409010, sans toutefois pouvoir dépasser au total la valeur W 13,2.

Ces honoraires ne sont cependant jamais remboursés pour les prestations effectuées au domicile ou la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou handicapées.

La nuit s'entend de 21 heures à 8 heures.

Le week-end s'entend du samedi à 14 heures au lundi à 8 heures.

Le jour férié s'entend depuis la veille de ce jour à 21 heures jusqu'au lendemain de ce même jour à 8 heures. Les jours fériés donnant droit à majoration d'honoraires sont les jours fériés légaux pris en considération dans les administrations de l'Etat.

Toutefois, lorsque, pour des raisons de convenances personnelles, le prestataire de soins visé au § 1er effectue certaines prestations aux jours et heures précités, les honoraires dus sont ceux prévus pour les prestations 406210, 406232, 406254, 406276, 406291, 406313, 406335, 406350, 406372, 406394, 406416.

§ 8. L'agrément est maintenu à leur demande, aux personnes qui, au 31 décembre 1963, sont agréées en application des dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955 organique de l'assurance maladie-invalidité pour donner les soins prévus à la présente nomenclature.

CHAPITRE IV - Accouchements.

Art. 9. Sont considérés comme prestations d'obstétrique :

a) lorsqu'elles requièrent la qualification d'accoucheuse (V) :

§ 1er. Accouchement en milieu hospitalier :

(1)	(2)	(3)			
1020		420206	Honoraires pour l'accoucheuse qui fait seule l'accouchement.....	V	65
1021		420221	Honoraires pour l'accoucheuse qui assiste à un accouchement fait par un médecin.....	V	35

§ 2. Accouchement à domicile :

1022	420232		Honoraires pour l'accoucheuse qui a effectué l'accouchement avec ou sans l'aide d'un médecin.....	V	90
1023	420254		Honoraires pour l'accoucheuse appelée par un médecin pour l'assister.....	V	45

§ 3. Surveillance prénatale :

1024	421234		Honoraires pour l'accoucheuse :		
			par visite.....	V	4
			avec un maximum de.....	V	40

§ 4. Surveillance et soins post-nataux à domicile :

1025	421750		En cas d'accouchement à domicile, honoraires forfaitaires pour l'ensemble des visites et soins donnés par l'accoucheuse.....	V	70
------	--------	--	--	---	----

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

1026 421772

En cas d'accouchement en milieu hospitalier, lorsque l'hospitalisation n'a pas atteint dix jours, honoraires pour l'accoucheuse qui donne des soins à domicile, au plus tard jusqu'au dixième jour qui suit l'accouchement :

par visite.....	V	5
avec un maximum de.....	V	20

§ 5. Les honoraires prévus pour les prestations n° 420206 et 420221 comprennent les honoraires pour les soins pré- et post-nataux pendant l'hospitalisation.

§ 6. Les honoraires prévus aux §§ 2, 3 et 4 comprennent les frais de déplacement.

b) lorsqu'elles ne requièrent pas la qualification de médecin spécialiste en obstétrique :

1003 423010 423021 Accouchement normal ou dystocique y compris les honoraires pour l'anesthésie éventuelle, à l'exclusion des anesthésies effectuées par les médecins spécialistes en anesthésie..... K 155

1004 423032 423043 Supplément pour l'assistance du médecin traitant de médecine générale aux prestations 424115 - 424126 ou 424012 - 424023, y compris les honoraires pour l'anesthésie éventuelle à l'exclusion des anesthésies effectuées par les médecins spécialistes en anesthésie.... K 35

c) lorsqu'elles requièrent la qualification de médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique (DG) :

1016 424012 424023 Accouchement normal ou dystocique, y compris les honoraires pour l'anesthésie éventuelle, à l'exclusion des anesthésies effectuées par les médecins spécialistes en anesthésie..... K 155

1017 424034 424045 Supplément à l'accouchement en cas de monitoring foetal avec enregistrement combiné du rythme cardio-foetal, de l'intensité et de la fréquence des contractions avec protocole et extraits de tracés (honoraires forfaitaires pour le monitoring le jour de l'accouchement et éventuellement le jour qui le précède).... K 25

1018 424056 424060 Cardiocotographie anténatale (à l'exclusion des cardiocotographies effectuées le jour de l'accouchement et le jour qui précède l'accouchement) : enregistrement combiné du rythme cardio-foetal, de l'intensité et de la fréquence des contractions, d'une durée minimale d'une demi-heure, avec protocole et extraits des tracés, par jour..... K 25

1007 424071 424082 Accouchement nécessitant une embryotomie..... K 180

1008 424093 424104 Accouchement par opération césarienne..... K 250

1009 424115 424126 ° Intervention obstétricale pour fausse couche de 4 à 6 mois à condition que la femme ait fait preuve d'avoir fait surveiller médicalement sa grossesse dans le courant du troisième mois de gestation..... K 75

1010 424130 424141 ° Suture du périnée, à la suite d'un accouchement par accoucheuse..... K 35

1011	424152	424163	° Délivrance manuelle du placenta, à la suite d'un accouchement par accoucheuse.....	K	35
1012	424174	424185	Intervention chirurgicale pour inversion utérine consécutive à un accouchement.....	K	225
1013	424196	424200	Chirurgie réparatrice de la rupture utérine consécutive à un accouchement.....	K	225
1014	424211	424222	Suture du col utérin consécutive à un accouchement effectué par une accoucheuse ou un médecin généraliste.....	K	100
1015	424233	424244	Périnéorraphie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète consécutive à un accouchement effectué par une accoucheuse ou un médecin généraliste.....	K	130

Les prestations 424071 - 424082 et 424093 - 424104, 424130 - 424141, 424152 - 424163, 424174 - 424185, 424196 - 424200, 424211 - 424222, 424233 - 424244 doivent être considérées comme des interventions chirurgicales pour la définition des honoraires se rapportant à l'anesthésie, l'assistance du médecin traitant, l'aide opératoire, les suppléments pour prestations techniques urgentes et pour l'application des règles prévues à l'article 15.

Les prestations 423010 - 423021, 423032 - 423043, 424071 - 424082, 424093 - 424104 et 424012 - 424023 ne sont pas cumulables avec les prestations 432235 - 432246 et 474250 - 474261.

CHAPITRE V. - Prestations techniques médicales spéciales

Section 1. - Dispositions générales.

Art. 10. § 1er. Les prestations reprises au présent chapitre sont prises en charge par l'assurance lorsqu'elles sont effectuées par tout médecin agréé par le Ministre de la Santé publique à un des titres suivants, indexés dans la nomenclature comme indiqué ci-après :

- C, spécialiste en anesthésiologie ;
- D, spécialiste en chirurgie ;
- DA, spécialiste en neuro-chirurgie ;
- DB, spécialiste en chirurgie plastique ;
- DG, spécialiste en gynécologie-obstétrique ;
- DH, spécialiste en ophtalmologie ;
- DL, spécialiste en oto-rhino-laryngologie ;
- DO, spécialiste en urologie ;
- DP, spécialiste en orthopédie ;
- DR, spécialiste en stomatologie ;
- E, spécialiste en dermato-vénérologie ;
- FA, spécialiste en médecine interne ;

- FG, spécialiste en pneumologie ;
- FH, spécialiste en gastro-entérologie ;
- FJ, spécialiste en pédiatrie ;
- FL, spécialiste en cardiologie ;
- FM, spécialiste en neuro-psychiatrie ;
- FO, spécialiste en rhumatologie ;
- O, spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ;
- P, spécialiste en biologie clinique ;
- R, spécialiste en radio-diagnostic ;
- X, spécialiste en radio- et radium-thérapie ;
- XN, spécialiste en médecine nucléaire ;
- A, spécialiste en anatomo-pathologie.

§ 2. Les prestations reprises au présent chapitre sont également prises en charge par l'assurance dans les limites définies ci-après, lorsqu'elles sont effectuées par tout médecin, lorsqu'il a averti le Ministre de la Santé publique de sa candidature à un titre déterminé de médecin spécialiste et des conditions dans lesquelles il envisage d'accomplir le stage requis, et que cet avertissement a été enregistré par la commission d'agrégation compétente.

Pour les prestations techniques relevant de la spécialisation que poursuit le médecin stagiaire, et lorsqu'elles sont effectuées sous la surveillance d'un médecin spécialiste visé au § 1er, dans l'établissement hospitalier dans lequel il accomplit son stage, il peut recevoir des honoraires fixés en prenant comme base des valeurs relatives égales à 75 p.c. des valeurs inscrites dans la nomenclature.

Pour les consultations, visites, les accouchements ainsi que pour les prestations techniques effectuées en dehors d'un établissement hospitalier, ses honoraires et les taux de remboursement sont fixés sur base des dispositions qui concernent les médecins de médecine générale.

Toutefois, les prestations techniques, les consultations et les accouchements effectués dans les conditions prévues aux deux premiers alinéas du présent paragraphe, peuvent être portés en compte par le maître de stage ou par un autre médecin spécialiste de la même discipline, qui assurent la surveillance du stage et qui sont présents dans le service au moment où les prestations sont effectuées.

Les documents internes du service doivent permettre d'identifier le médecin stagiaire qui a effectué la prestation dans les conditions susvisées.

62110

§ 3. Le service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité publie la liste des médecins visés aux §§ 1 et 2 du présent article. Les médecins qui à la date du 31 décembre 1963 figurent sur les listes de spécialistes publiées par le Fonds national d'assurance maladie-invalidité, sans qu'ils aient obtenu l'agrément du Ministre de la Santé publique visée au § 1er, sont, à partir du 1er janvier 1964, considérés au titre de médecin stagiaire, visé au § 2 : les dispositions reprises à ce dernier paragraphe leur sont applicables.

§ 4. Les actes connexes à la pratique d'une spécialité déterminée sont également honorés lorsqu'ils sont effectués par un médecin agréé au titre de spécialiste en cette spécialité.

§ 5. Les prestations de médecine spéciale, prévues aux chapitres IV et V et précédées du signe °, sont également honorées comme telles lorsqu'elles sont effectuées par un médecin de médecine générale ou, lorsqu'il s'agit de prestations précédées du signe +, par un praticien de l'art dentaire.

§ 6. Pour l'application des chapitres IV et V, est considéré comme médecin qualifié dans la spécialité requise aux différents articles de ces chapitres, le médecin agréé en cette spécialité par le Ministre de la Santé publique et qui, dans le cadre de son agrément, est autorisé à exercer localement ou durant une période déterminée la médecine générale : lui sont dus les honoraires prévus pour les prestations techniques qui requièrent la qualification pour laquelle l'agrément de spécialiste lui a été accordée.

Section 2. - Prestations spéciales générales.

Art. 11. § 1er. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste (B) :

(1)	(2)	(3)			
1300	350011	350022	Rapport écrit.....	K	20
1301	350033	350044	* Tubage du larynx.....	K	20
1302	350055	350066	* Recherche complète de l'allergène par la méthode des tests successifs, avec rapport de synthèse.....	K	20
1305	350512	350523	** Laparoscopie sans prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine.....	K	70
1306	350534	350545	Alcoolisation du nerf phrénique.....	K	30
1308	350556	350560	Dilatation de l'oesophage.....	K	10
1309	350571	350582	* Pneumopéritoine, radioscopie comprise, installation.....	K	30
1310	350593	350604	* Pneumopéritoine, radioscopie comprise, réinsufflation.....	K	15
1311	350615	350626	Alcoolisation du ganglion de Gasser.....	K	30
1312	350630	350641	Electrocoagulation du ganglion de Gasser.....	K	80

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.

(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

1313	350652	350663	Destruction d'un nerf, à l'exclusion des nerfs de la face, ou d'un ganglion nerveux, par alcoolisation, électrocoagulation, section ou autre méthode (nerf laryngé supérieur, ganglion ciliaire, etc).....	K	30
1317		351024	* Thermométrie cutanée, pratiquée par thermocouple, au cours d'une mise en observation en milieu hospitalier, et comme complément à d'autres examens.....	K	8
1318	351035	351046	** Trachéoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique.....	K	30
1320	353172	353183	° Trachéotomie.....	K	130
1321	353194	353205	* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par séance.....	K	5
1322	353216	353220	* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par cure de 8 séances et davantage.....	K	40
1323	353231	353242	° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure.....	K	40
1324	353253	353264	** Laparoscopie avec prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine.....	K	90
1325	353275	353286	Dénudation de vaisseau, y compris la ponction ou l'injection.....	K	12

§ 2. Les honoraires pour les rapports écrits sont remboursés aux médecins spécialistes autres que les médecins spécialistes en médecine interne, les médecins spécialistes en neuro-psychiatrie, les médecins spécialistes en pédiatrie, les médecins spécialistes en gastro-entérologie, les médecins spécialistes en pneumologie, les médecins spécialistes en cardiologie et les médecins spécialistes en rhumatologie dans les conditions suivantes :

- a) Les honoraires pour rapport écrit sont remboursés lorsque ce rapport est établi par un médecin spécialiste autre que le médecin spécialiste en médecine interne, le médecin spécialiste en neuropsychiatrie, le médecin spécialiste en pédiatrie, le médecin spécialiste en gastro-entérologie, le médecin spécialiste en pneumologie, le médecin spécialiste en cardiologie et le médecin spécialiste en rhumatologie.
- b) Ce rapport doit comprendre un résumé de l'anamnèse, un protocole complet de l'examen clinique qui a été pratiqué et des conclusions détaillées du point de vue diagnostic, pronostic et traitement de l'affection.
- c) Ne peuvent être considérés comme rapports écrits, les protocoles d'examens techniques qui sont honorés comme tels (radiographies, radioscopies, électrocardiogrammes, etc.).
- d) Les honoraires pour rapport écrit ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour la consultation, la visite ou la prestation spéciale, effectuée au cours de la séance d'examen qui a permis l'établissement du rapport écrit.

- e) L'intervention de l'assurance pour rapport écrit n'est due qu'une fois par trimestre et par bénéficiaire.
- f) Le remboursement du rapport écrit doit être soumis à l'accord du médecin-conseil.
- g) Seuls les rapports écrits ayant été communiqués au médecin-conseil peuvent faire l'objet d'un remboursement.

Section 3. - Anesthésiologie.

Art. 12 § 1er. Honoraires pour les médecins spécialistes en anesthésiologie

a) Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation :

(1)	(2)	(3)			
1400	200012	200023	Classée dans une catégorie supérieure à K 600 ou N 1000.....	K	360
1401	200034	200045	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 600 ou N 1000 et supérieure à K 510 ou N 850.....	K	300
1402	200056	200060	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 510 ou N 850 et supérieure à K 450 ou N 750.....	K	255
1403	200071	200082	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 450 ou N 750 et supérieure à K 390 ou N 650.....	K	225
1404	200093	200104	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 390 ou N 650 et supérieure à K 300 ou N 500.....	K	198
1405	200130	200141	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 et supérieure à K 270 ou N 450.....	K	129
1406	200152	200163	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 270 ou N 450 et supérieure à K 240 ou N 400.....	K	117
1407	200196	200200	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 et supérieure à K 180 ou N 300.....	K	105
1408	200211	200222	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 180 ou N 300 et supérieure à K 120 ou N 200.....	K	72
1409	200255	200266	Classée dans la catégorie K 120 ou N 200.....	K	51

Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale pratiquée au cours d'une prestation :

1410	201073	201084	Classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 et supérieure à K 75 ou N 125.....	K	45
1411	201110	201121	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 75 ou N 125 et supérieure à K 24 ou N 40.....	K	36
1412	201132	201143	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 24 ou N 40.....	K	30
1413	201154	201165	Honoraires complémentaires pour les interventions chirurgicales sous hypothermie profonde (température centrale au-dessous de 33°).....	K	180

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
 (2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
 (3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

1414	201176	201180	Honoraires complémentaires pour les interventions sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extracorporelle.....	K	240
1415	201191	201202	Anesthésie générale en curiethérapie intra-buccale...	K	72
1416	201213	201224	Anesthésie générale en curiethérapie gynécologique ou autre.....	K	36
1417	201235	201246	Anesthésie générale lors d'extraction de 8 dents au moins, avec ou sans alvéolotomie, avec ou sans soins dentaires conservateurs.....	K	72
1418	201250	201261	Anesthésie générale lors d'extraction de moins de 8 dents avec ou sans alvéolotomie, et/ou soins dentaires conservateurs.....	K	45
1419	201272	201283	Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique.....	K	30
<p>b) Honoraires pour le médecin spécialiste en anesthésiologie quand lors des prestations obstétricales 423010 - 423021 ou 424012 - 424023, il est appelé pour une des prestations suivantes :</p>					
1420	202016	202020	Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'un accouchement dystocique avec extraction forcipale ou avec version podalique interne suivie d'une grande extraction.....	K	72
1421	202031	202042	Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une suture du périnée, d'une délivrance du placenta ou d'une reposition manuelle d'une inversion utérine.....	K	36
1422	202053	202064	Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une suture de déchirure du col utérin....	K	45
1423	202075	202086	Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une périnéorrhaphie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète.....	K	72
1425	202090	202101	Anesthésie épidurale et sa surveillance pendant les différentes phases de l'accouchement, y compris la période de dilatation et les éventuelles manoeuvres obstétricales du postpartum citées aux prestations 202031 - 202042 et 202053 - 202064.....	K	105

Parmi les prestations visées au littera b), seules peuvent être cumulées les prestations 202016 - 202020 et 202075 - 202086 d'une part ou les prestations 202090 - 202101 et 202075 - 202086 d'autre part et ce, dans les conditions prévues au § 3, 6°.

§ 2. Honoraires pour les médecins spécialistes non agréés en anesthésiologie :

Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation :

1430	203011	203022	° Classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 180 ou N 300.....	K	27
1431	203070	203081	° Classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 120 ou N 200 et inférieure à K 180 ou N 300.....	K	24

Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale pratiquée au cours d'une prestation :

432	203114	203125	° Classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 75 ou N 125 et inférieure à K 120 ou N 200.....	K	21
433	203151	203162	° Classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 24 ou N 40 et inférieure à K 75 ou N 125.....	K	18
434	203173	203184	° Classée dans une catégorie inférieure à K 24 ou N 40.....	K	15
435	203195	203206	° Anesthésie générale pratiquée lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature.....	K	15

§ 3, 1°. Les honoraires pour anesthésie ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade.

2° Les honoraires pour les prestations d'anesthésie comprennent :

- a) l'examen clinique préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie;
- b) la préparation à l'anesthésie;
- c) l'application des techniques d'anesthésie, la surveillance peropératoire de l'état général du malade et la mise en oeuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif;
- d) la surveillance postopératoire des suites de cette anesthésie.

3° Les produits anesthésiques utilisés ainsi que les frais relatifs à l'appareillage et au personnel du bloc opératoire ne sont pas compris dans les honoraires pour l'anesthésie.

4° Les anesthésies locales ou régionales (exception faite pour l'anesthésie rachidienne, épidurale ou l'anesthésie du plexus brachial) pour les prestations inférieures à K 120 ou N 200 font partie de la prestation qui nécessitait cette anesthésie et ne donnent pas lieu à honoraires.

5° Les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.

6° En cas de prestations multiples au cours d'une même séance, l'anesthésie correspondant à la prestation affectée du nombre coefficient le plus élevé est honorée à 100 p.c., les anesthésies correspondant aux prestations supplémentaires à 50 p.c. de leur valeur.

Cependant, les anesthésies pour les prestations supplémentaires ne peuvent pas être honorées :

- a) dans les cas où des interventions chirurgicales multiples sont exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire;

- b) 1. dans le cas où l'intervention décrite dans la nomenclature nécessite ou peut nécessiter le recours à plusieurs interventions dans des champs opératoires distincts;
- 2. dans le cas où l'intervention décrite dans la nomenclature sous un énoncé général comporte ou peut comporter des techniques complémentaires;
- 3. dans le cas où une appendicectomie est effectuée en même temps qu'une laparotomie pour une autre affection;
- c) lorsque les prestations chirurgicales et/ou autres supplémentaires sont affectées d'un nombre coefficient inférieur à K 120 ou N 200.

7° L'échelle prévue sous les n°s 200012 - 200023, 200034 - 200045, 200056 - 200060, 200071 - 200082, 200093 - 200104, 200130 - 200141, 200152 - 200163, 200196 - 200200, 200211 - 200222, 200255 - 200266, 201073 - 201084, 201110 - 201121, 201132 - 201143 et 203011 - 203022, 203070 - 203081, 203114 - 203125, 203151 - 203162, 203173 - 203184, ne vise pas les prestations de radio-diagnostic, radiothérapie, radiumthérapie, obstétrique (423010 - 423021 et 424012 - 424023) et soins dentaires prévus à l'article 5.

8° Les prestations n°s 202016 - 202020 et 202090 - 202101 ne donnent pas lieu à des honoraires supplémentaires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit, le week-end ou un jour férié.

9° Quand un médecin spécialiste en anesthésiologie pratique lui-même une prestation non citée à l'article 12 et nécessitant une anesthésie, cette anesthésie doit être portée en compte selon les règles applicables aux médecins non spécialistes en anesthésie.

Section 4. - Réanimation.

Art. 13. § 1er. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en anesthésiologie, chirurgie, neurochirurgie, médecine interne, cardiologie, gastro-entérologie, neuropsychiatrie, pneumologie ou pédiatrie :

Installation et surveillance de respiration contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, la prestation prévue sous le n° 350033 - 350044 pouvant être comptée en sus :

(1)	(2)	(3)		N	
1250	211013	211024	Le premier jour.....	N	160
1251	211035	211046	Du deuxième au vingt et unième jour, par jour.....	N	140

-
- (1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

Installation et surveillance de l'hypothermie avec abaissement de la température centrale jusqu'à 34 degrés au moins et en dehors des interventions chirurgicales sous hypothermie :

1252	211116	211120	Le premier jour.....	N	160
1253	211131	211142	Les deuxième, troisième et quatrième jours, par jour.	N	140

Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres valeurs vitales) à l'aide d'un appareil sentinelle qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme y compris les enregistrements éventuels, en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques :

1254	212015	212026	Le premier jour.....	N	80
1255	212030	212041	Les deuxième et troisième jours, par jour.....	N	60
1256	212111	212122	Défibrillation électrique du coeur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du coeur par pacemaker externe, y compris le contrôle électrocardiographique, en dehors des interventions à thorax ouvert et des prestations 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180.....	N	80
1257	212214	212225	Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'électrodes intracavitaires par voie veineuse pour entraînement électrosystolique du coeur à titre temporaire et/ou du placement de cathéters intracavitaires pour le monitoring des pressions et des débits cardiaques, y compris les contrôles radioscopiques télévisés, la dénudation, les contrôles électrocardiographiques éventuels.....	N	100

Installation et surveillance d'une oxygénothérapie en caisson hyperbare (quel que soit le nombre de séances) :

1258	212516	212520	Le premier jour.....	N	80
1259	212531	212542	Le second jour.....	N	60

Surveillance de l'assistance circulatoire prolongée par ballonnet intra-aortique de contre-pulsion diastolique en dehors des interventions chirurgicales :

1260	213010	213021	Le premier jour.....	N	160
1261	213032	213043	Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième jours, par jour.....	N	140

Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres valeurs vitales) à l'aide d'un appareil sentinelle qui à côté de l'électrocardiogramme suit de façon permanente au minimum un des paramètres qui suivent : la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel, la pression veineuse centrale à l'aide d'un cathéter dans la veine cave, la pression intracavitaire ou pulmonaire à l'aide d'un cathéter intracardiaque, la pression intracrânienne à l'aide d'un cathéter intracrânien (en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques) y compris les enregistrements éventuels :

1262	214012	214023	Le premier jour.....	N	160
------	--------	--------	----------------------	---	-----

1263	214034	214045	Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième jours, par jour.....	N	140
1264	214115	214126	Supplément auprès des prestations n°s 214012 - 214023 ou 214034 - 214045 si en plus sont effectuées des mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant, par jour....	N	80

§ 2. 1° Les honoraires prévus pour les prestations reprises au § 1er du présent article ne couvrent pas les frais d'investissement ni de fonctionnement.

2° Les honoraires pour les prestations n°s 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126 ne sont pas cumulables avec les honoraires de surveillance des bénéficiaires hospitalisés.

3° En cas d'hospitalisation, les formes de respiration assistée ne répondant pas aux libellés des prestations 211013 - 211024 et 211035 - 211046 ne donnent droit à aucun honoraire, à l'exception des honoraires de surveillance.

4° Par journée et par patient, il ne peut être porté en compte qu'une seule des prestations n° 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045. Les honoraires pour les prestations 212015 - 212026, 212030 - 212041, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126 ne sont pas cumulables avec les honoraires prévus pour les prestations 475031 - 475042, 475075 - 475086 et 475451 - 475462.

5° Les honoraires prévus pour les prestations 149133 - 149144, 212111 - 212122 et 475016 - 475020 ne peuvent être portés en compte qu'une fois par jour, même quand ces prestations sont itératives.

6° Les prestations n°s 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045 peuvent être portées en compte uniquement lorsqu'il s'agit de malades qui présentent une dépression temporaire d'une fonction vitale d'une importance telle que la mort est à craindre.

7° Le nombre de jours indiqués dans le libellé des prestations 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045 constitue le nombre maximum de jours pouvant être portés en compte pour une même période d'hospitalisation.

Les prestations 212015 - 212026 ou 212030 - 212041 ne peuvent être portées en compte si pendant une même période d'hospitalisation sont portées en compte trois ou plus de trois prestations 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142 ou 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045.

8° La surveillance continue in vivo avec ou sans enregistrements de paramètres physiologiques ou biochimiques ne peut être portée en compte sur base des prestations reprises aux articles 3, 14, 20, 22 ou 24.

Section 5 - Chirurgie.

Art. 14. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie externe :

a) Les prestations relevant de la spécialité en chirurgie (D) : prestations générales.

(1)	(2)	(3)			
2019	220091	220102	Prélèvement biopsique à la Daniels.....	K	75
2029	220113	220124	Cure chirurgicale de papillomes ou condylomes.....	K	35
2069	220135	220146	Incision de thrombose hémorroïdaire.....	K	20
2079	220150	220161	Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions non traumatiques de la face ou des lèvres, bénignes ou malignes superficielles.....	K	30
2089	220172	220183	Exérèse d'abcès froid.....	K	50
2068	220194	220205	Exérèse de grand abcès froid profondément situé.....	K	120
2099	220216	220220	Exérèse d'anthrax.....	K	50
2010	220231	220242	Extraction de corps étrangers profondément situés dans les tissus.....	K	75
2020	220253	220264	Cure chirurgicale de phlegmon profond.....	K	50
2036	220275	220286	Exérèse de tumeurs malignes profondément situées dans les parties molles.....	K	180
2030	220290	220301	° Curetage utérin, curatif ou explorateur, y compris éventuellement la dilatation et le prélèvement pour biopsie endo-utérine.....	K	50
2078	220312	220323	Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions non traumatiques de la face ou des lèvres, bénignes profondes, à l'exclusion des lésions cutanées.....	K	120
2046	220334	220345	Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions de la face ou des lèvres, malignes et profondes nécessitant résection large, plastique comprise.....	K	180
2009	220356	220360	Exérèse ganglionnaire.....	K	40
			Excision tangentielle au dermatome de peau brûlée, ou escarrectomie de tissus brûlés sur une étendue :		
2001	221012	221023	de 5 à 10 % de la surface corporelle.....	K	75
2002	221034	221045	de 10 à 20 % de la surface corporelle.....	K	120
2003	221056	221060	de 20 % et plus de la surface corporelle.....	K	225
2004	221071	221082	d'un tiers au moins de la face.....	K	120

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.

(2) Numéro d'ordre applicable à des bénéficiaires non hospitalisés.

(3) Numéro d'ordre applicable à des bénéficiaires hospitalisés.

2005	221093	221104	d'une main et des doigts.....	K	120
2006	221115	221126	des deux mains et de leurs doigts.....	K	180

Ces prestations ne peuvent être portées en compte qu'une fois par cas et ne sont pas cumulables entre elles.

Excision tangentielle au dermatome de peau brûlée, ou escarrectomie de tissus brûlés avec recouvrement par greffe dermo-épidermique au cours de la même séance opératoire :

2007	221130	221141	de 20 % et plus de la surface corporelle.....	K	350
------	--------	--------	---	---	-----

Lorsque les prestations n° 221012 - 221023, 221034 - 221045, 221056 - 221060, 221071 - 221082, 221093 - 221104, 221115 - 221126 précèdent de 24 heures ou moins la couverture des lésions par greffes, ce sont ces dernières qui peuvent exclusivement être portées en compte.

b) les prestations relevant de la spécialité en neuro-chirurgie (DA) :

2126	230252	230263	Neurolyse intrafasciculaire sous microscope opératoire.....	K	180
2114	230274	230285	Neurotomie rétro-gassérienne.....	K	225
2136	230296	230300	Trépanation pour drainage d'abcès intracrânien.....	K	180
2118	230311	230322	Trépano-ponction cérébrale.....	K	120
2128	230333	230344	Trépanation pour ventriculographie directe.....	K	120
2146	230355	230366	Trépanation décompressive ou pour drainage.....	K	180
2138	230370	230381	Intervention chirurgicale pour drainage ventriculo-sous-cutané.....	K	120
2156	230392	230403	Cure chirurgicale d'un ou plusieurs hématomes intracrâniens extracérébraux par simple trépanation (élargie à la pince gouge ou couronne tréphine) quel que soit le nombre de trous de trépan.....	K	180
2162	230414	230425	Cure chirurgicale d'un ou plusieurs hématomes intracrâniens extracérébraux par grand volet de trépanation.....	K	400
2163	230436	230440	Cure chirurgicale d'un ou plusieurs hématomes intracérébraux par grand volet de trépanation.....	K	600
2166	230451	230462	Trépanation pour fracture de la voûte crânienne y compris la reconstruction de la voûte.....	K	180
2111	230473	230484	Intervention chirurgicale par volet de trépanation pour un processus tumoral intracrânien, en ce compris les anévrismes et les angiones.....	K	700
2121	230495	230506	Stéréotaxie d'une ou de plusieurs zones cérébrales...	K	700
2151	230510	230521	Thalamotomie.....	K	400
2161	230532	230543	Topectomie.....	K	400
2176	230554	230565	Avulsion unilatérale ou bilatérale des nerfs occipitaux.....	K	180
2155	230576	230580	Crânioplastie par prothèse.....	K	130
2171	230591	230602	Intervention chirurgicale pour réaliser le drainage interne des hydrocéphalies.....	K	400

2148	230613	230624	Neurotomie ou neurectomie aux points d'émergence sous-orbitaire, mentonnier ou auriculo-temporal.....	K	120
2186	230635	230646	Arrachement du nerf dentaire inférieur par trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur..	K	180
2196	230650	230661	Neurotomie ou neurectomie du nerf maxillaire inférieur à la base du crâne.....	K	180
2105	230672	230683	Neurotomie ou neurectomie du nerf maxillaire supérieur à la base du crâne.....	K	180
2115	230694	230705	Intervention chirurgicale pour méningocèle.....	K	180
2144	230716	230720	Cordotomie.....	K	225
2154	230731	230742	Intervention chirurgicale pour tumeur médullaire.....	K	225
2164	230753	230764	Radicotomie.....	K	225
2184	230775	230786	Opération de Smithwick - temps unique ou premier temps.....	K	225
58	230790	230801	Opération de Smithwick - deuxième temps ou temps ultérieurs.....	K	120
2125	230812	230823	Sympathectomie périartérielle ou périveineuse.....	K	180
2135	230834	230845	Sympathectomie lombaire unilatérale.....	K	180
2194	230856	230860	Sympathectomie lombaire bilatérale.....	K	225
2104	230871	230882	Réséction de la chaîne sympathique thoraco-lombaire en deux ou plusieurs champs, temps unique ou premier temps.....	K	225
2168	230893	230904	Réséction de la chaîne sympathique thoraco-lombaire en deux ou plusieurs champs, deuxième temps ou temps ultérieurs.....	K	120
2145	230915	230926	Intervention chirurgicale sur le sympathique abdominal, unilatérale.....	K	180
2103	230930	230941	Intervention chirurgicale sur le sympathique abdominal, bilatérale en un temps.....	K	225
2140	231394	231405	Polyneurolyse microchirurgicale des racines cervicales, des troncs nerveux primaires et/ou secondaires pour paralysie partielle du plexus brachial, temps unique ou temps principal.....	K	400
2141	231416	231420	Polyneurolyse microchirurgicale et greffes nerveuses des racines cervicales, des troncs primaires et/ou secondaires pour paralysie complète du plexus brachial, temps unique ou temps principal.....	K	750
2142	231431	231442	Polyneurolyse microchirurgicale et greffes nerveuses des racines cervicales, des troncs primaires et/ou secondaires et reconstruction vasculaire pour paralysie complète du plexus brachial avec lésions vasculaires associées, temps unique ou temps principal....	K	1000
2143	231453	231464	Temps complémentaire aux n°s 231394 - 231405, 231416 - 231420, 231431 - 231442, par temps.....	K	180

Les interventions n° 231394 - 231405, 231416 - 231420, 231431 - 231442 et 231453 - 231464 comprennent les prises de greffons et les électrostimulations de repérage peropératoires.

Réparation nerveuse par sutures ou greffe.

2101	232013	232024	Suture d'un ou de deux nerfs dans un champ opératoire.....	K	120
2102	232035	232046	Suture de plus de deux nerfs dans un champ opératoire.....	K	180
2107	232050	232061	Suture avec greffe d'un nerf dans un champ opératoire.....	K	180
2109	232072	232083	Réparation nerveuse de plusieurs nerfs dans un champ opératoire dont au moins une réparation par suture avec greffe.....	K	240
2110	232094	232105	Suture interfasciculaire (Millesi) d'un nerf dans un champ opératoire.....	K	180
2112	232116	232120	Réparation nerveuse de plusieurs nerfs dans un champ opératoire dont au moins une réparation par suture interfasciculaire (Millesi).....	K	225
2113	232131	232142	Suture avec greffe interfasciculaire (Millesi) d'un nerf dans un champ opératoire.....	K	240
2117	232153	232164	Réparation nerveuse de plusieurs nerfs dans un champ opératoire dont au moins une réparation par suture avec greffe interfasciculaire (Millesi).....	K	300

Pour l'application de ces prestations, il y a lieu de considérer la région main et poignet et pied et cheville, d'un même membre, comme champ opératoire.

2119	232514	232525	Tumorectomie transphénoïdale de l'hypophyse sous microscope opératoire.....	K	700
2120	232536	232540	Hypophysectomie totale ou partielle par volet crânien.....	K	600

c) les prestations relevant de la spécialité en chirurgie plastique (DB) :

2216	250132	250143	Plastique tubulée ou à l'italienne, temps principal..	K	180
2219	250154	250165	Plastique tubulée ou à l'italienne, temps préparatoires et complémentaires.....	K	75
2218	250176	250180	Plastique à lambeau pédiculé, temps principal.....	K	120
2229	250191	250202	Plastique à lambeau pédiculé, temps complémentaires..	K	75
2214	250213	250224	Plastique à lambeau pédiculé faite en un temps sur une surface dépassant un carré de 10 cm de côté.....	K	225

Greffe dermo-épidermique.

2228	251274	251285	Couvrant une surface inférieure à 10 cm ²	K	50
2230	251296	251300	Couvrant une surface de 10 cm ² à 50 cm ²	K	75
2231	251311	251322	Couvrant une surface de 50 cm ² à 200 cm ²	K	120
2232	251333	251344	Couvrant une surface supérieure à 200 cm ² en supplément de K 120 par multiple de 200 cm ² en plus.....	K	45
2233	251355	251366	Greffe libre de peau totale (y compris le recouvrement de la surface donneuse) de 10 cm ² à 50 cm ²	K	120
2235	251370	251381	Greffe libre de peau totale (y compris le recouvrement de la surface donneuse) de 50 cm ² à 200 cm ²	K	180

Une seule des prestations 251274 - 251285, 251296 - 251300, 251311 - 251322, 251355 - 251366 ou 251370 - 251381 peut être portée en compte par séance opératoire.

En cas de chirurgie des tissus mous, la suture dans le site d'exérèse d'une tumeur ou autres lésions ou dans le site d'une plaie, la couverture de la perte de substance par décollement cutané ou mobilisation des lambeaux ne peut pas être considérée comme étant une plastie, mais constitue le temps de fermeture de l'exérèse ou de la plaie. Lorsque la perte de substance cutanée nécessite la constitution d'un lambeau de rotation et/ou un transfert de peau libre, les prestations 250176 - 250180 ou 251274 - 251285, 251296 - 251300, 251311 - 251322, 251333 - 251344, 251355 - 251366 et 251370 - 251381 peuvent être attestées et remplacent les prestations d'exérèse ou de suture de plaies.

2234	251613	251624	Plastique d'un sein pour gigantomastie pubertaire....	K	180
2236	251635	251646	Plastique de réduction du sein hétéro-latéral en cas d'agénésie mammaire unilatérale.....	K	180
2237	251650	251661	Implantation de prothèse mammaire en cas d'agénésie unilatérale.....	K	120

Ces prestations ne sont remboursables qu'après accord du médecin-conseil préalable à l'intervention chirurgicale.

2240	251812	251823	Greffe de lambeau cutané libre avec pédicule vasculaire impliquant microsuture vasculaire.....	K	300
2241	251834	251845	Greffe de lambeau cutané libre avec pédicule neurovasculaire impliquant microsuture vasculaire et nerveuse.....	K	400
2238	251856	251860	Lambeau musculaire, temps principal ou unique.....	K	180
2242	251871	251882	Lambeau musculaire, par temps préparatoire et complémentaire, par temps.....	K	75
2243	251893	251904	Lambeau musculo-cutané.....	K	240
Reconstruction du sein après mammectomie totale pour tumeurs (un double de l'examen anatomopathologique doit être à la disposition du médecin-conseil) :					
2244	252431	252442	Par implantation de prothèse mammaire.....	K	120
2245	252453	252464	Par lambeau cutané de transposition, par exemple du type thoraco-épigastrique pédiculé.....	K	225
2246	252475	252486	Par lambeau musculo-cutané.....	K	240
2247	252490	252501	Reconstruction du mamelon et de l'aréole mammaire...	K	120
2248	252512	252523	Remodelage du sein hétéro-latéral.....	K	180
2249	253116	253120	Rhinoplastie pour perte du nez (temps principal)....	K	270
2250	253131	253142	Rhinoplastie pour perte du nez (temps complémentaire).	K	90
2251	253153	253164	Réfection d'une déformation de la pyramide nasale par ostéotomie ou greffe ou prothèse.....	K	225
2252	253175	253186	Correction plastique du seuil narinaire dans un but fonctionnel.....	K	150

2253	253190	253201	Réséction sous-muqueuse de la cloison, y compris la reposition éventuelle de la cloison.....	K	120
2254	253212	253223	Réséction sous-muqueuse de la cloison, avec correction et reposition de celle-ci dans le sillon d'une ostéotomie médiane.....	K	150

Les prestations n°s 253153 - 253164 et 253175 - 253186 ne sont remboursables qu'après accord du médecin-conseil préalable à l'intervention chirurgicale.

Cette autorisation ne peut être accordée qu'à la condition qu'une demande contenant la description de la nature de l'affection soit introduite. Cette demande doit, soit être accompagnée du résultat d'une rhinomanométrie, démontrant que la malformation de la pyramide nasale est à l'origine d'une obstruction nasale pathologique, soit être justifiée par l'existence d'une séquelle majeure d'un traumatisme antérieur.

2255	253551	253562	Chirurgie corrective de l'oreille (unilatérale).....	K	120
2256	253573	253584	Chirurgie corrective de l'oreille (bilatérale).....	K	180
2257	253595	253606	Chirurgie corrective de l'oreille par temps préparatoire ou complémentaire.....	K	60

Reconstitution totale du pavillon de l'oreille pour aplasie ou amputation traumatique :

2258	253610	253621	Temps principal.....	K	240
2259	253632	253643	Par temps préparatoire ou complémentaire.....	K	90

d) les prestations relevant de la spécialité en chirurgie (D) :
prestations de chirurgie abdominale :

2316	240155	240166	Lombotomie.....	N	300
2346	240450	240461	Evidement ganglionnaire unilatéral de l'aîne.....	N	300
2364	240472	240483	Evidement ganglionnaire bilatéral de l'aîne.....	N	375
2300	241032	241043	Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale par suture des piliers ou fondoplicature.....	N	500
2301	241054	241065	Traitement d'une éventration ou d'une hernie étranglée avec résection intestinale.....	N	375
2302	241076	241080	Eventration avec étranglement sans résection intestinale.....	N	250
2303	241091	241102	Eventration sans étranglement.....	N	200
2304	241113	241124	Traitement opératoire d'une hernie étranglée sans résection intestinale.....	N	250
2305	241135	241146	Traitement par laparotomie des hernies lombaires obturatrices ou ischiatiques.....	N	300
2306	241150	241161	Traitement opératoire d'une hernie quelle que soit la technique utilisée.....	N	200
2307	241172	241183	Eviscération post-opératoire.....	N	200
2308	241194	241205	Traitement chirurgical de l'omphalocèle.....	N	300
2309	241216	241220	Plastie de la paroi abdominale pour séquelles de paralysie.....	N	300

2310	241231	241242	Ablation de tumeur sous-aponévrotique de la paroi abdominale, nécessitant une plastie par prothèse ou transplantation musculaire.....	N	300
Exérèse de tablier graisseux étendu, avec gêne fonctionnelle :					
2311	241253	241264	Résection elliptique.....	N	200
2312	241275	241286	Résection avec plastie cutanée et transposition du nombril.....	N	300
2320	241393	241404	Oesophagomyotomie selon Heller par voie abdominale...	N	450
2330	241415	241426	Gastrectomie totale avec hémipancréatectomie gauche et colectomie segmentaire.....	N	900
2331	241430	241441	Gastrectomie totale ou dégastrogastrectomie avec hémipancréatectomie gauche ou colectomie segmentaire.....	N	800
2332	241452	241463	Gastrectomie totale avec anastomose oesophago-jéjunale.....	N	650
2333	241474	241485	Gastrectomie subtotalaire.....	N	500
2334	241496	241500	Antrectomie avec vagotomie.....	N	500
2335	241511	241522	Vagotomie avec ou sans opération de drainage gastrique.....	N	300
2336	241533	241544	Résection de l'estomac sans interruption de la continuité.....	N	300
2337	241555	241566	Dégastro-gastrectomie.....	N	600
2338	241570	241581	Reconversion du transit gastro-duodéal après gastrectomie antérieure.....	N	600
2339	241592	241603	Gastropexie.....	N	200
2340	241614	241625	Gastro-entérostomie.....	N	300
2341	241636	241640	Pylorotomie extra-muqueuse.....	N	250
2342	241651	241662	Pyloroplastie.....	N	250
2343	241673	241684	Gastrotomie.....	N	250
2344	241695	241706	Gastrostomie.....	N	250
2345	241710	241721	Cure opératoire de fistule gastrique.....	N	300
2350	242012	242023	Duodéno-pancréatectomie.....	N	900
2351	242034	242045	Hémi-pancréatectomie gauche avec anastomose jéjunale de la tranche de section.....	N	625
2352	242056	242060	Hémi-pancréatectomie gauche ou énucléation d'une tumeur du pancréas ou ablation d'un séquestre pancréatique.....	N	400
2353	242071	242082	Traitement par anastomose d'un kyste ou d'une fistule du pancréas par Wirsung-jéjunostomie.....	N	500
2354	242093	242104	Marsupialisation d'un kyste du pancréas.....	N	300
2355	242115	242126	Duodéno-jéjunostomie.....	N	300
2356	242130	242141	Fermeture chirurgicale de fistule duodénale.....	N	500
2360	242292	242303	Hépatectomie réglée droite.....	N	800
2361	242314	242325	Hépatectomie réglée gauche.....	N	650
2362	242336	242340	Hépatectomie partielle à la demande pour tumeur, kyste ou traumatisme.....	N	500
2363	242351	242362	Traitement opératoire d'un abcès du foie.....	N	300

2383	242373	242384	Laparotomie pour prélèvement biopsique du foie.....	N	200
2365	242395	242406	Neurectomie péri-artérielle hépatique.....	N	300
2366	242410	242421	Reconstitution par hépatico-jéjunostomie intra-hépa- tique pour sténose de la voie biliaire consécutive à une intervention antérieure.....	N	800
2367	242432	242443	Reconstitution par suture bout à bout de la voie bi- liaire sténosée.....	N	500
2368	242454	242465	Cholécystectomie.....	N	350
2369	242476	242480	Cholécystectomie avec cholangiographie peropératoire.	N	400
2370	242491	242502	Hépatico-entérostomie.....	N	650
2371	242513	242524	Cholédocho-entérostomie.....	N	500
2372	242535	242546	Cholécysto-entérostomie.....	N	300
2373	242550	242561	Cholédochotomie avec ou sans cholécystectomie.....	N	450
2374	242572	242583	Cholécystostomie.....	N	200
2375	242594	242605	Intervention sur le sphincter d'Oddi ou la papille de Vater par duodénotomie.....	N	500
2376	242616	242620	Anastomose porto-cave.....	N	750
2377	242631	242642	Splénectomie.....	N	375
2378	242653	242664	Traitement chirurgical des abcès ou kystes de la rate	N	300
2379	242675	242686	Ligature de l'artère splénique.....	N	300
2380	242690	242701	Surrénalectomie unilatérale avec ou sans splanchne- ctomie.....	N	400
2381	242712	242723	Surrénalectomie bilatérale avec ou sans splanchnecto- mie quel que soit le nombre de champs opératoires....	N	600
2382	242734	242745	Anastomose spléno-rénale ou mésentérico-cave.....	N	600
2400	243014	243025	Proctocolectomie totale.....	N	800
2401	243036	243040	Colectomie totale.....	N	650
2402	243051	243062	Hémi-colectomie droite ou gauche, colectomie segmen- taire avec rétablissement de la continuité (y compris l'anus de dérivation temporaire éventuelle).....	N	500
2403	243073	243084	Colectomie segmentaire avec abouchement des deux bouts à la peau.....	N	300
2404	243095	243106	Iléo-colorectoplastie y compris la suppression de l'anus artificiel éventuelle.....	N	625
2405	243110	243121	Rétablissement de la continuité colique par anastomo- se bout à bout (après interventions de type Hartmann, iléorectostomie après colectomie).....	N	400
2406	243132	243143	Colopexie.....	N	200
2407	243154	243165	Appendicectomie à froid ou à chaud, avec ou sans per- foration.....	N	200
2408	243176	243180	Anus artificiel : dérivation intestinale totale.....	N	275
2409	243191	243202	Anus artificiel : dérivation intestinale partielle...	N	200
2410	243213	243224	Fermeture d'un anus artificiel ou d'une fistule coli- que.....	N	250
2411	243235	243246	Résection segmentaire du grêle.....	N	375
2412	243250	243261	Ablation du diverticule de Meckel.....	N	250

2413	243272	243283	Entéro-anastomose.....	N	300
2414	243294	243305	Résection de polypes ou de tumeurs intestinales bénignes par entérotomie.....	N	300
2415	243316	243320	Opération de Noble ou de Childs.....	N	500
2416	243331	243342	Laparotomie pour obstruction intestinale (étranglement herniaire excepté).....	N	300
2430	243596	243600	Laparotomie pour hémorragie.....	N	300
2431	243611	243622	Laparotomie pour perforation d'un autre organe que l'appendice.....	N	300
2432	243633	243644	Laparotomie exploratrice.....	N	200
2433	243655	243666	Incision et drainage par voie abdominale, d'un abcès sous-phrénique ou sous-hépatique.....	N	300
2434	243670	243681	Incision et drainage par voie abdominale d'un abcès mésocoeliale ou pelvien.....	N	200
2435	243692	243703	Incision et drainage d'un abcès de la fosse iliaque droite ou gauche.....	N	200
2436	243714	243725	Drainage d'urgence pour péritonite aiguë.....	N	200
2437	243736	243740	Exérèse de tumeurs du mésentère.....	N	300
2438	243751	243762	Exérèse de tumeurs du tissu rétropéritonéal.....	N	400
2439	243773	243784	Exérèse de tumeurs du tissu rétropéritonéal par voie thoraco-abdominale.....	N	600
2450	244016	244020	Amputation abdomino-périnéale du rectum y compris l'abouchement de l'intestin à la peau.....	N	650
2451	244031	244042	Résection du rectum avec conservation du sphincter anal.....	N	650
2452	244053	244064	Opération de Hartmann y compris l'anus artificiel....	N	400
2453	244075	244086	Amputation périnéale du rectum.....	N	350
2454	244090	244101	Traitement de l'imperforation anale par voie abdomino-périnéale.....	N	625
2455	244112	244123	Traitement de l'imperforation anale par voie périnéale avec abaissement.....	N	300
2456	244134	244145	Traitement de l'imperforation anale par incision simple.....	N	50
2457	244156	244160	Cure opératoire du prolapsus rectal par voie abdomino-périnéale.....	N	400
2458	244171	244182	Suture des releveurs pour prolapsus rectal.....	N	300
2459	244193	244204	Résection d'un prolapsus rectal.....	N	200
2460	244215	244226	Cerclage de l'anus pour prolapsus rectal.....	N	100
2461	244230	244241	Extirpation d'un corps étranger du rectum par voie abdominale.....	N	300
2462	244252	244263	Extirpation d'un corps étranger du rectum ou de fécalomes sous anesthésie générale.....	N	40
2463	244274	244285	Suture sans laparotomie des plaies du rectum.....	N	100
2464	244296	244300	° Suture des plaies de l'anus et de la région anale..	N	30
2465	244311	244322	Résection d'une tumeur vilieuse du rectum (un double de l'examen anatomopathologique doit être tenu à la disposition du médecin-conseil) par les voies naturelles.....	N	200

2466	244333	244344	Ouverture d'un abcès du Douglas par rectotomie.....	N	100
2467	244355	244366	Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du rectum y compris la rectoscopie, par séance.....	N	50
2468	244370	244381	Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du sigmoïde, par voie endoscopique, par séance.....	N	125
2469	244392	244403	Réfection du sphincter anal pour incontinence (déchirure ancienne ou réintervention) en dehors de l'accouchement.....	N	375
2470	244414	244425	Déchirure fraîche (non obstétricale) du périnée nécessitant la suture du rectum, du sphincter et des releveurs.....	N	250
2471	244436	244440	Résection chirurgicale de la fistule anale trans-sphinctérienne ou supra-sphinctérienne combinée ou non avec le traitement par la méthode de la tresse en un ou plusieurs temps.....	N	250
2472	244451	244462	Cure opératoire de la fistule anale sous-sphinctérienne.....	N	50
2313	244473	244484	Fissurectomie avec sphinctérotomie.....	N	125
2473	244495	244506	Résection de fissure anale avec sphinctérotomie et abaissement de la muqueuse.....	N	175
2474	244510	244521	Résection de fissure anale.....	N	90
2475	244532	244543	Dilatation anale sous anesthésie générale, prestation isolée.....	N	40
2476	244554	244565	Cure radicale d'hémorroïdes comportant résection, ligature des pédicules et abaissement muqueux, quelle que soit la technique utilisée.....	N	200
2477	244576	244580	Cure complète d'hémorroïdes internes multiples par diathermorésection ou résection chirurgicale.....	N	125
2478	244591	244602	Excision ou diathermo-résection d'un paquet hémorroïdaire interne unique avec dilatation anale.....	N	75
2479	244613	244624	° Cure radicale des condylomes périnéaux.....	N	50
2480	244635	244646	Excision d'un abcès de l'anus sous anesthésie générale.....	N	75
2481	244650	244661	Traitement chirurgical complet du phlegmon de la fosse ischio-rectale ou de l'espace pelvi-rectal.....	N	100
2482	244672	244683	Placement chirurgical d'un cathéter à demeure (type Tenckhoff) en vue d'une dialyse péritonéale chronique avec tunnellisation sous-cutanée du trajet sur au moins 2 cm.....	N	100

e) les prestations relevant de la spécialité en chirurgie (D) :
prestations de chirurgie thoracique.

2505	226936	226940	Evidement ganglionnaire de l'aisselle.....	N	300
2500	226951	226962	Amputation élargie du sein y compris la résection des muscles pectoraux et le curage ganglionnaire axillaire ainsi qu'une thoracectomie partielle avec résection des ganglions rétrosternaux et greffe ou plastique pariétale (opération type Urban).....	N	650

2501	226973	226984	Amputation élargie du sein y compris la résection des muscles pectoraux (ou de l'aponévrose pectorale) et le curage ganglionnaire axillaire avec exérèse préalable de la tumeur pour examen anatomo-pathologique extemporané.....	N	425
2502	226995	227006	Amputation élargie du sein y compris la résection des muscles pectoraux (ou de l'aponévrose pectorale) et le curage ganglionnaire axillaire.....	N	400
2503	227010	227021	Mammectomie totale sans résection des pectoraux ni évidemment ganglionnaire.....	N	200
2504	227032	227043	Mammectomie partielle ou excision d'une tumeur du sein.....	N	75
2533	227054	227065	Mammectomie partielle ou tumorectomie associée à un curage ganglionnaire axillaire.....	N	350
2506	227076	227080	Abcès du sein nécessitant incision et drainage sous narcose.....	N	50
2507	227091	227102	Biopsie incisionnelle de la glande mammaire.....	N	50
2509	227113	227124	Intervention chirurgicale pour gynécomastie.....	N	125
2510	227135	227146	Hernie ou éventration diaphragmatique ou hiatale par voie thoracique ou thoraco-abdominale.....	N	600
2511	227150	227161	Thoracoplastie avec ou sans apicolyse, temps unique ou principal.....	N	350
2512	227172	227183	Thoracoplastie, temps complémentaire.....	N	250
2515	227194	227205	Pleuro-pneumectomie, pleuro-lobectomie ou costo-pleuro-pneumectomie pour pleurésie chronique.....	N	800
2516	227216	227220	Exérèse totale ou partielle d'un poumon avec thoracoplastie.....	N	800
2517	227231	227242	Pneumectomie élargie avec exérèse monobloc des ganglions médiastinaux et ligature intra-péricardique des vaisseaux pulmonaires.....	N	800
2518	227253	227264	Exérèse totale ou partielle d'un poumon.....	N	650
2519	227275	227286	Anastomose trachéo-bronchique ou broncho-bronchique..	N	800
2520	227290	227301	Grefte bronchique ou trachéale.....	N	800
2521	227312	227323	Bronchotomie pour corps étrangers ou suture de plaies bronchiques.....	N	650
2522	227334	227345	Exérèse de la plèvre pour infection chronique ou tumeur, avec ou sans thoracoplastie, en un temps unique	N	650
2523	227356	227360	Thoracotomie pour plaie ouverte du thorax ou pour volet costal mobile.....	N	600
2524	227371	227382	Thoracotomie avec tentative d'exérèse.....	N	400
2525	227393	227404	Thoracotomie pour suture pulmonaire ou thoracotomie pour pneumothorax spontané et récidivant.....	N	400
2526	227415	227426	Décollement pulmonaire chirurgical avec affaissement du sommet, apicolyse, pneumothorax extrapleurale, pneumolyse intra-pleurale à ciel ouvert.....	N	350
2527	227430	227441	Thoracotomie pour décaillotage.....	N	300
2528	227452	227463	Thoracotomie exploratrice y compris la biopsie pulmonaire ou ganglionnaire.....	N	300
2514	227474	227485	Pneumotomie ou cavernostomie, quelle que soit la technique.....	N	200

2530	227496	227500	Pleurotomie (un ou plusieurs drains).....	N	100
2535	228012	228023	Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie thoracique ou thoraco-abdominale, en un temps.....	N	800
2536	228034	228045	Toutes les interventions sur l'oesophage thoracique ne comportant pas de résection de l'organe.....	N	600
2537	228056	228060	Plastie préthoracique ou rétrosternale de l'oesophage temps unique ou principal.....	N	700
2538	228071	228082	Plastie préthoracique ou rétrosternale de l'oesophage temps complémentaire.....	N	200
2539	228093	228104	Intubation à demeure de l'oesophage avec gastrotomie.	N	300
2540	228115	228126	Traitement des tumeurs et des infections du médiastin par voie thoracique.....	N	650
2541	228130	228141	Thoracotomie avec vagotomie ou sympathectomie ou résection du plexus aortique.....	N	400
2542	228152	228163	Médiastinoscopie.....	N	200
2543	228174	228185	Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité....	N	1000
2551	229014	229025	Opération sur le coeur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extra-corporelle.....	N	2100
2552	229036	229040	Intervention à coeur ouvert sous hypothermie.....	N	850
2553	229051	229062	Valvulotomies, commissurotomies instrumentales ou digitales.....	N	750
2554	229073	229084	Traitement chirurgical des plaies du coeur.....	N	700
2555	229095	229106	Revascularisation du myocarde par thoracotomie et intervention directe sur le coeur (Beck, O.Shaughnessy, Vineberg, etc.).....	N	750
2556	229110	229121	Implantation d'électrodes intramyocardiques par thoracotomie et placement sous-cutané du pace-maker.....	N	550
2557	229132	229143	Implantation d'électrodes intracavitaires par voie intra-veineuse et placement sous-cutané du pace-maker.....	N	375
2558	229154	229165	Implantation d'électrodes intracavitaires par voie intra-veineuse et d'électrode auriculaire par médiastinoscopie et placement sous-cutané du pace-maker.....	N	450
2559	229176	229180	Remplacement d'un pace-maker sous-cutané ou d'une électrode intracavitaire permanente.....	N	200
2560	229191	229202	Thoracotomie avec massage direct du coeur.....	N	375
2561	229213	229224	Péricardectomie.....	N	800
2562	229235	229246	Kyste du péricarde.....	N	650
2563	229250	229261	Péricardotomie.....	N	250
2564	229272	229283	Résection aortique sous protection d'un by-pass temporaire par prothèse (aorte ascendante et crosse de l'aorte).....	N	1600
2565	229294	229305	Coarctation de l'aorte.....	N	850
2566	229316	229320	Résection de l'aorte descendante.....	N	850
2567	229331	229342	Interventions aortiques sans interruption de la continuité de l'aorte.....	N	750
2568	229353	229364	Canal artériel : section, suture.....	N	750

2569	229375	229386	Canal artériel : ligature.....	N	625
2570	229390	229401	Opération de type Blalock-Tausig ou Potts, pour mala- die bleue.....	N	750
2571	229412	229423	Opération de Blalock-Hanlon.....	N	750
2572	229434	229445	Banding de l'artère pulmonaire.....	N	750
2573	229456	229460	Opération de Trendelenburg pour embolectomie pulmo- naire.....	N	750

f) les prestations relevant de la spécialité en chirurgie (D) :
prestations de chirurgie des vaisseaux :

1° Artères des membres et du cou :

2600	235012	235023	Suture des artères des membres ou du cou.....	N	200
2601	235034	235045	Ligature ou artériectomie de l'artère axillaire, fé- morale ou poplitée.....	N	200
2602	235056	235060	Ligature ou artériectomie de l'artère humérale, mam- maire interne, faciale, linguale, temporale ou fes- sière.....	N	150
2603	235071	235082	Revascularisation des artères carotides ou vertébra- les par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection, avec greffe ou anastomose.....	N	625
2604	235093	235104	Revascularisation d'une artère des membres par andar- térectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résec- tion, avec greffe ou anastomose.....	N	500
2605	235115	235126	Revascularisation d'une artère des membres par pon- tage ou résection avec greffe de la saphène interne, y compris la prise du greffon.....	N	600
2606	235130	235141	Embolectomie ou thrombectomie par les artères des membres ou du cou (cathéter de Fogarty non compris dans les honoraires).....	N	350
2607	235152	235163	Installation d'une circulation isolée d'un membre ou d'une autre région du corps en vue d'une chimiothéra- pie anti-cancéreuse.....	N	300
2608	235174	235185	Création de fistule artérioveineuse directe ou d'une fistule artérioveineuse indirecte (shunt type Scrib- ner) en vue d'une hémodialyse.....	N	300
2610	235196	235200	Pontage axillo-fémoral.....	N	500

2° Artères du thorax :

2615	236014	236025	Revascularisation d'un gros vaisseau intrathoracique par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection avec greffe ou anastomose.....	N	700
2616	236036	236040	Revascularisation d'un gros vaisseau intrathoracique par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection avec greffe ou anastomose associée à une autre reconstruction vasculaire (extra-ou intrathora- cique) en un ou plusieurs champs opératoires.....	N	800
2617	236051	236062	Revascularisation d'un gros vaisseau intrathoracique par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection avec greffe ou anastomose associée à d'au- tres reconstructions vasculaires multiples (intra- ou extrathoraciques) en un ou plusieurs champs opératoi- res.....	N	900

2618	236073	236084	Ligature par voie thoracique des grosses artères : aorte, tronc brachio-céphalique, artère sous-clavière, carotide.....	N	400
2619	236095	236106	Suture par voie thoracique de plaies ou d'incisions des grosses artères : aorte, tronc brachio-céphalique, artère sous-clavière, carotide.....	N	525
3° Artères de l'abdomen :					
2633	237016	237020	Réssections ou plasties de l'aorte suprarénale sous couvert de shunts temporaires.....	N	1000
2626	237031	237042	Chirurgie du carrefour aortique en dessous des artères rénales : résection du carrefour aortique, pontages intra-abdominaux bilatéraux, endartérectomies iliaques bilatérales.....	N	750
2627	237053	237064	Chirurgie du carrefour aortique en dessous des artères rénales : résection du carrefour aortique, pontages intra-abdominaux bilatéraux, endartérectomies iliaques bilatérales, associées à une autre reconstruction vasculaire, à l'exception des iliaques (par exemple : revascularisation mésentérique, rénale ou fémorale).....	N	850
2628	237075	237086	Chirurgie du carrefour aortique en dessous des artères rénales : résection du carrefour aortique, pontages intra-abdominaux bilatéraux, endartérectomies iliaques bilatérales, associées à une reconstruction vasculaire multiple, iliaque exceptée.....	N	1000
2629	237090	237101	Revascularisation d'une seule artère abdominale par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection avec greffe ou anastomose.....	N	600
2630	237112	237123	Embolectomie du carrefour aortique par aortotomie....	N	500
2631	237134	237145	Ligature des grosses artères intra-abdominales : aorte ou ses branches directes.....	N	300
2632	237156	237160	Suture de plaies ou d'incisions des grosses artères intra-abdominales : aorte ou ses branches directes...	N	400
4° Chirurgie des veines et des varices :					
2640	238011	238022	Ligature ou plicature de la veine cave intra-abdominale.....	N	300
2641	238033	238044	Revascularisation d'une veine des membres ou du cou par résection avec greffe.....	N	400
2642	238055	238066	Désobstruction veineuse (thrombectomie) des veines profondes des membres.....	N	350
2643	238070	238081	Ligature, fulguration (vein eraser) ou résection d'une veine variqueuse.....	N	50
2644	238092	238103	Ligature, fulguration (vein eraser) ou réssections étagées de 2 ou 3 veines variqueuses.....	N	90
2645	238114	238125	Ligature, fulguration (vein eraser) ou réssections étagées de plus de 3 veines variqueuses.....	N	125
2646	238136	238140	Exérèse totale de la veine saphène externe.....	N	125
2647	238151	238162	Réssection isolée de la crosse de la saphène interne..	N	125

2648	238173	238184	Réséction de la crosse de la saphène interne et exérèse totale d'une des deux veines saphènes.....	N	200
2649	238195	238206	Réséction de la crosse de la saphène interne plus ligatures, fulgurations (vein eraser) ou réséctions étagées des veines variqueuses.....	N	200
2650	238210	238221	Réséction de la crosse de la saphène interne et exérèse totale des deux veines saphènes.....	N	250
2651	238232	238243	Réséction de la crosse de la saphène interne avec exérèse d'une ou des deux veines saphènes avec greffe dermo-épidermique.....	N	300

Les prestations prévues sous 4° (chirurgie des veines et des varices) ne sont pas cumulables entre elles pour un même membre.

5° Divers :

2609	239035	239046	Drainage des liquides d'oedème sous-cutané dans l'éléphantiasis.....	N	33
2625	239050	239061	Intervention chirurgicale pour éléphantiasis.....	N	300
2611	239072	239083	Mise en place d'un ballonnet intra-aortique pour assistance circulatoire prolongée par contre-pulsion diastolique, en dehors de la prestation 229014 - 229025.....	N	450
2612	239094	239105	Enlèvement du ballonnet intra-aortique de contre-pulsion et réfection de l'artère, en dehors de la prestation 229014 - 229025.....	N	350
2613	239116	239120	Ponction artérielle pour prélèvement(s), injection(s), mise en place de cathéter, etc.....	N	10
2614	239131	239142	Mise en place d'un cathéter dans une des veines caves par ponction de la veine jugulaire, veine sous-clavière ou fémorale (en dehors de la narcose).....	N	25

g) les prestations relevant de la spécialité en gynécologie-obstétrique (DG) :

1105	431012	431023	Intervention chirurgicale pour élytrocèle par voie abdominale.....	K	180
1107	431034	431045	Cure chirurgicale de l'élytrocèle par voie vaginale..	K	120
1119	431056	431060	Exérèse de la glande de Bartholin.....	K	75
1100	431071	431082	Exérèse bilatérale des glandes de Bartholin.....	K	90
1130	431093	431104	Marsupialisation de la glande de Bartholin.....	K	75
1115	431115	431126	Ovarectomie ou plastique ovarienne, unilatérale ou bilatérale.....	K	180
1129	431130	431141	Culdoscopie.....	K	30
1139	431152	431163	Cystoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique, chez la femme.....	K	35
1101	431174	431185	Pelvectomie totale ou subtotale, avec ablation des organes génitaux, du rectum, de la vessie ou de deux de ces organes.....	K	400
1125	431196	431200	Pelvitomie effectuée en dehors d'une manoeuvre obstétricale.....	K	180

1135	431211	431222	Intervention chirurgicale sur le sympathique pelvien par voie abdominale (Cotte ou Richer).....	K	180
1145	431233	431244	Section du nerf honteux interne.....	K	180
1197	431255	431266	Polypectomie intracavitaire par hystérotomie.....	K	120
1103	431270	431281	Hystérectomie totale, par voie abdominale.....	K	225
1102	431292	431303	Hystérectomie subtotale.....	K	180
1104	431314	431325	Hystérectomie totale par voie vaginale, y compris la colporraphie antérieure et/ou colpopérinéorraphie postérieure éventuelle.....	K	225
1111	431336	431340	Hystérectomie totale élargie (Wertheim).....	K	400
1121	431351	431362	Hystérectomie totale élargie, avec lymphadénectomie pelvienne.....	K	400
1113	431373	431384	Intervention chirurgicale pour prolapsus génital avec temps abdominal et vaginal au cours d'une même intervention.....	K	180
1165	431395	431406	Plastique tubaire et implantation tubo-utérine.....	K	180
1149	431410	431421	Insufflation kymographique des salpinx et/ou injection de produit opacifiant pour hystérosalpingographie (hystéroggraphie) ou pelviggraphie gazeuse et/ou injection intratubaire de produit thérapeutique.....	K	25
1195	431432	431443	Salpingectomie et salpingostomie.....	K	180
1117	431454	431465	Intervention chirurgicale pour raccourcissement des ligaments ronds par voie extra-péritonéale bilatérale (Alquié-Alexander).....	K	120
1106	431476	431480	Laparotomie pour ligamentopexie simple ou avec plicature du Douglas (Doleris).....	K	180
1127	431491	431502	Amputation du col utérin et plastie par lambeaux vaginaux (Sturmdorf).....	K	120
1159	431513	431524	Cerclage du col utérin.....	K	75
1169	431535	431546	Dilatation du col utérin, sous narcose, intervention isolée.....	K	30
1116	431550	431561	Laparotomie pour plastique utérine.....	K	180
1126	431572	431583	Laparotomie pour hématocele ou tumeur enclavée.....	K	180
1136	431594	431605	Laparotomie pour grossesse tubaire sans hémorragie...	K	180
1123	431616	431620	Laparotomie pour hémorragie intra-abdominale.....	K	180
1146	431631	431642	Annexectomie unilatérale ou bilatérale.....	K	180
1156	431653	431664	Myomectomie par voie abdominale ou vaginale.....	K	180
1179	431675	431686	Vulvotomie d'agrandissement, avec ténotomie des releveurs, en dehors d'une manoeuvre obstétricale, épisiotomie exclue.....	K	75
1137	431690	431701	Vulvectomie unilatérale.....	K	120
1166	431712	431723	Vulvectomie totale.....	K	180
1133	431734	431745	Vulvectomie totale avec évidement ganglionnaire.....	K	225
1189	431756	431760	Plastique vaginale et vulvaire.....	K	75
1199	431771	431782	Intervention chirurgicale pour kyste vaginal.....	K	75
1147	431793	431804	Intervention chirurgicale pour fistule périnéorrectale, quel que soit le mode opératoire, en un ou plusieurs temps.....	K	120

1143	431815	431826	Intervention chirurgicale pour fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale, quel que soit le mode opératoire, en un ou plusieurs temps.....	K	225
1157	431830	431841	Neurotomie périnéo-vulvaire (Mering).....	K	120
1177	431852	431863	Colporraphie antérieure ou colpopérinéorrhaphie postérieure avec sutures des releveurs.....	K	120
1176	431874	431885	Intervention chirurgicale pour déchirure complète du périnée en dehors d'une manoeuvre obstétricale, nécessitant la suture du rectum, du sphincter et des releveurs.....	K	180
1186	431896	431900	Colporraphie antérieure et colporinéorrhaphie postérieure avec sutures des releveurs.....	K	180
1188	431911	431922	Intervention pour prolapsus utérin par voie vaginale avec amputation supravaginale du col, suture des ligaments cardinaux à l'isthme utérin et colporraphie antérieure, y compris la colpopérinéorrhaphie postérieure éventuelle (opération de Manchester-Fothergill ou variante).....	K	225
1110	431933	431944	Intervention chirurgicale pour hémato-colpos.....	K	30
1120	431955	431966	** Colposcopie microscopique.....	K	10
1187	431970	431981	Colpotomie et drainage du Douglas.....	K	120
1196	431992	432003	Intervention chirurgicale pour colpo-cléisis (Labhardt)	K	180
1205	432014	432025	Intervention chirurgicale pour cloisonnement du vagin (Le Fort).....	K	180
1153	432036	432040	Intervention chirurgicale pour néo-vagin, en un temps ou premier temps.....	K	225
1215	432051	432062	Intervention chirurgicale pour néo-vagin, temps suivants.....	K	180
1225	432073	432084	Intervention chirurgicale pour incontinence urinaire, une voie, soit abdominale, soit vaginale.....	K	180
1163	432095	432106	Intervention chirurgicale pour incontinence urinaire, par voies abdominale et vaginale (Steckel et dérivés)	K	225
1150	432110	432121	° Prélèvement par pince d'un fragment du col et/ou électrocoagulation.....	K	6
1160	432132	432143	Prélèvement de fragment d'endomètre en vue d'un examen anatomopathologique.....	K	8
1173	432154	432165	Ablation du col restant par voie abdominale.....	K	225
1108	432176	432180	Intervention de Lash.....	K	150
1170	432191	432202	Résection d'une petite lèvre.....	K	45
1180	432213	432224	Résection des deux petites lèvres.....	K	75
1190	432235	432246	** Amioscopie.....	K	20
1235	432250	432261	Hystérotomie par voie abdominale.....	K	180
1200	432272	432283	Enregistrement graphique des signaux foeto-maternels sur base de l'effet Doppler (en dehors des prestations obstétricales), avec protocole et extraits des dopplerogrammes.....	K	9
1201	432294	432305	Conisation du col utérin, sous anesthésie générale...	K	40
1202	432316	432320	Laparotomie pour stérilisation, y compris le contrôle laparoscopique éventuel.....	K	120

1203	432331	432342	Laparoscopie pour stérilisation, y compris le pneumopéritoine.....	K	90
1204	432353	432364	Amniocentèse de diagnostic pendant les cinq premiers mois de la grossesse.....	K	20
1206	432375	432386	Hystérocopie, sans biopsie, avec protocole.....	K	20
1207	432390	432401	Hystérocopie, avec biopsie, avec protocole.....	K	30
1208	432412	432423	Hystérocopie, avec manipulations thérapeutiques, avec protocole.....	K	35

Les prestations 432375 - 432386, 432390 - 432401, 432412 - 432423 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 432331 - 432342, 350512 - 350523, 353253 - 353264, 472194 - 472205 et 472216 - 472220 ne sont pas cumulables entre elles.

h) les prestations relevant de la spécialité en ophtalmologie (DH) :

§ 1er. I. - Prestations chirurgicales.

1° Voies lacrymales :

1800	245011	245022	Cathétérisme des voies lacrymales.....	N	10
1801	245033	245044	Cathétérisme des voies lacrymales chez l'enfant n'ayant pas atteint le jour anniversaire de ses 4 ans	N	35
1802	245055	245066	Dacryocystorhinostomie ou lacodacryostomie.....	N	400
1803	245070	245081	Réfection après dilacération des voies lacrymales....	N	275
1804	245092	245103	Ablation chirurgicale du sac lacrymal.....	N	150
1805	245114	245125	Exérèse de la glande lacrymale.....	N	100

2° Paupières, sourcils :

1810	245512	245523	Destruction par électrocoagulation d'une tumeur maligne du bord marginal de la paupière.....	N	60
1811	245534	245545	Exérèse chirurgicale d'une tumeur maligne du bord marginal de la paupière avec preuve histologique.....	N	150
1812	245556	245560	Exérèse de petit angiome ou lymphangiome des paupières.....	N	40
1813	245571	245582	Exérèse chirurgicale d'un kyste dermoïde du sourcil ne s'étendant pas profondément dans l'orbite.....	N	75
1814	245593	245604	° Cure complète de xanthélasma (un oeil).....	N	40
1815	245615	245626	Chalazion : ablation totale par curetage ou excision avec ou sans résection du tarse.....	N	40
1816	245630	245641	Colobome de la paupière (congénital ou traumatique)..	N	125
1817	245652	245663	Réfection palpébrale totale par lambeau unipédiculé à distance, temps principal.....	N	350
1818	245674	245685	Réfection palpébrale totale par lambeau unipédiculé à distance, temps préparatoire ou complémentaire.....	N	150
1819	245696	245700	Réfection palpébrale totale par rotation ou glissement, y compris le recouvrement de la partie donnée, temps unique ou principal.....	N	250

1820	245711	245722	Réfection palpébrale totale par rotation ou glissement, y compris le recouvrement de la partie donneuse, temps préparatoire ou complémentaire.....	N	125
1821	245733	245744	Plastique cutanée de la paupière.....	N	200
1822	245755	245766	Intervention chirurgicale pour blépharochalasis.....	N	100
1823	245770	245781	Canthoplastie.....	N	125
1824	245792	245803	Blépharorrhaphie ou tarsorrhaphie.....	N	125
1825	245814	245825	Ptosis (technique de Blaskovicz ou similaire).....	N	325
1826	245836	245840	Traitement d'entropion ou d'ectropion par galvano-cautérisation.....	N	30
1827	245851	245862	Entropion ou ectropion (traitement chirurgical).....	N	200
1828	245873	245884	Trichiasis (traitement chirurgical).....	N	200
3° Cornée, conjonctive :					
1840	246013	246024	Ablation ou destruction de bride(s) conjonctivale(s), (quelle que soit la technique).....	N	30
1841	246035	246046	Cure chirurgicale de symblépharon avec réfection par greffe du cul-de-sac conjonctival, y compris la prise du greffon.....	N	400
1842	246050	246061	Exérèse de tumeur bénigne de la cornée ou de la conjonctive bulbaire.....	N	100
1843	246072	246083	Exérèse de tumeur maligne de la cornée ou de la conjonctive bulbaire (avec preuve histologique).....	N	200
1844	246094	246105	Ptérygion : ablation chirurgicale.....	N	125
1845	246116	246120	Recouvrement conjonctival.....	N	100
1846	246131	246142	Greffe de conjonctive (hétéro-greffe ou muqueuse buccale).....	N	250
1847	246153	246164	Suture conjonctivale, y compris l'exploration de la sclérotique.....	N	25
1848	246175	246186	Pelage cornéen pour herpès.....	N	40
1849	246190	246201	Cautérisation ignée de lésion cornéenne.....	N	40
1850	246212	246223	Greffe de cornée, prise du greffon comprise.....	N	500
4° Interventions intra-oculaires :					
1860	246514	246525	Suture de plaie perforante du globe avec ou sans résection de hernie irienne.....	N	250
1861	246536	246540	Neurotomie intra-cornéenne.....	N	100
1862	246551	246562	Iridectomie.....	N	300
1863	246573	246584	Intervention chirurgicale pour glaucome.....	N	375
1864	246595	246606	Extraction du cristallin (quelle que soit la technique), y compris l'implantation intra-oculaire éventuelle d'une lentille.....	N	450
1875	246610	246621	Implantation d'une lentille intra-oculaire dans un temps autre que l'extraction du cristallin.....	N	300
1865	246632	246643	Cataracte secondaire.....	N	300
1866	246654	246665	Remplacement du corps vitré.....	N	400

1878	246676	246680	Extraction du cristallin, combinée à la cure chirurgicale du glaucome par fistulisation.....	N	550
1867	246691	246702	Traitement complet d'une affection oculaire par photocoagulation à lampe au xénon ou par laser à impulsion, quel que soit le nombre de séances.....	N	300
1868	246713	246724	Traitement complet d'une affection oculaire par photocoagulation par laser à émission continue, quel que soit le nombre de séances.....	N	400
1876	246735	246746	Traitement complet d'une affection oculaire par photocoagulation à lampe au xénon ou par laser à impulsion, quel que soit le nombre de séances, commençant plus d'un mois et moins de trois mois après la fin du traitement précédent (tout traitement commençant moins d'un mois après la fin du précédent est considéré comme faisant partie de celui-ci).....	N	150
1877	246750	246761	Traitement complet d'une affection oculaire par photocoagulation par laser à émission continue, quel que soit le nombre de séances, commençant plus d'un mois et moins de trois mois après la fin du traitement précédent (tout traitement commençant moins d'un mois après la fin du précédent est considéré comme faisant partie de celui-ci).....	N	200
1869	246772	246783	Intervention chirurgicale pour le décollement de la rétine (quelle que soit la technique).....	N	600
Corps étrangers intra-oculaires :					
1870	246794	246805	1 - non magnétiques du segment postérieur.....	N	550
1871	246816	246820	2 - magnétiques du segment postérieur.....	N	375
1872	246831	246842	3 - non magnétiques du segment antérieur.....	N	225
1873	246853	246864	4 - magnétiques du segment antérieur.....	N	150
1874	246875	246886	Cryothérapie de lésions dégénératives chorio-rétiniennes.....	N	200
5° Interventions sur l'orbite :					
1880	247015	247026	Orbitotomie avec drainage éventuel d'un phlegmon de l'orbite.....	N	125
1881	247030	247041	Enucléation ou éviscération du globe oculaire.....	N	200
1882	247052	247063	Enucléation ou éviscération avec insertion de la sphère en vue de l'adaptation ultérieure d'une prothèse.....	N	300
1883	247074	247085	Exentération de l'orbite pour tumeur néoplasique.....	N	350
1884	247096	247100	Extraction d'un corps étranger ou d'une tumeur de l'orbite sans trépanation osseuse.....	N	300
1885	247111	247122	Trépanation et ablation d'une tumeur de l'orbite par voie temporale.....	N	500
1886	247133	247144	Ablation d'une tumeur de l'orbite avec intervention intracrânienne.....	N	750
1887	247155	247166	Réfection totale d'une cavité orbitaire avec greffes (muqueuse dermo-épidermique ou peau), temps unique ou principal.....	N	400

1888	247170	247181	Réfection totale d'une cavité orbitaire avec greffes (muqueuse dermo-épidermique ou peau), temps complémentaire ou préparatoire.....	N	150
1889	247192	247203	Traitement de gros délabrements post-traumatiques récents de la région orbitaire : cure de plaie perforante du globe avec ou sans colobome palpébral et reposition sanglante d'une fracture du plancher ou du rebord orbitaire.....	N	650

6° Interventions sur les muscles :

1895	247516	247520	Intervention pour strabisme ou nystagmus par ténotomie (un oeil).....	N	200
1896	247531	247542	Intervention pour strabisme ou nystagmus à l'exclusion des cas prévus sous les n°s 247516 - 247520 et 247553 - 247564 (un oeil).....	N	300
1897	247553	247564	Transplantation musculaire pour strabisme paralytique	N	400

II. - Prestations non chirurgicales

1° Actes thérapeutiques

1900	248010	248021	Electrolyse ciliaire ou épilation diathermique, par séance.....	N	15
1901	248032	248043	Electrolyse ciliaire ou épilation diathermique, par cure de 3 ou plus de 3 séances.....	N	40
1902	248054	248065	Corps étranger(s) incrusté(s) de la cornée : extraction sous contrôle biomicroscopique (non cumulable avec la consultation).....	N	25
1904	248076	248080	Ponction de la chambre antérieure avec injection thérapeutique éventuelle, intervention isolée.....	N	30
1905	248091	248102	Injection rétro-bulbaire, intervention isolée.....	N	15
1906	248113	248124	Alcoolisation du ganglion ciliaire.....	N	40

Séance d'adaptation de prothèse de contact cornéenne, scléro-cornéenne, non cumulable avec les honoraires pour consultation ou autres actes techniques :

1907	248135	248146	Les deux premières séances, par séance.....	N	30
1908	248150	248161	Les séances suivantes (maximum trois), par séance....	N	20

2° Actes de diagnostic :

1920	248511	248522	Courbe d'adaptation rétinienne à l'adaptomètre de Goldmann-Weekers ou similaire + graphique.....	N	45
1921	248533	248544	Electro-rétinographie + graphique.....	N	75
1922	248555	248566	Tonographie au tonomètre électronique + graphique....	N	50
1923	248570	248581	Epreuve de provocation dans le glaucome (test à l'eau; 4 tonométries au minimum).....	N	30
1924	248592	248603	Mesures de la rigidité sclérale + graphique (technique de Friedenwald ou similaire).....	N	15
1925	248614	248625	Courbe de tension (4 tonométries pendant 24 heures pendant 4 jours) + graphique.....	N	50
1926	248636	248640	Dynamométrie et/ou tonométrie (Schiotz et/ou tonomètre à applanation).....	N	10

1927	248651	248662	° Ophtalmoscopie.....	N	8
1928	248673	248684	Biomicroscopie du segment postérieur et/ou de l'angle camérulaire à l'aide de verres de contact.....	N	15
1929	248695	248706	Mesure du rapport tensionnel ophtalmo-huméral par la technique de Weigelin.....	N	20
1930	248710	248721	Examen fonctionnel détaillé de la motilité oculaire dans le strabisme concomitant ou les hétérophories au synoptophore ou appareil similaire (ne peut être porté en compte que deux fois par an).....	N	25
1931	248732	248743	Examen fonctionnel détaillé de la motilité oculaire dans le strabisme paralytique (test de Lancaster ou similaire) + graphique.....	N	25
1932	248754	248765	Diagnostic exact et classification des dyschromatopsies congénitales ou acquises (test de Farnsworth 100 HUE et/ou anomaloscopie) + graphiques.....	N	15
1933	248776	248780	Kératométrie topographique.....	N	15
1935	248791	248802	Angiographie rétinienne par produit de contraste avec protocole et 8 clichés minimum.....	N	75
1936	248813	248824	Périmétrie quantitative au périmètre de Goldmann ou similaire avec graphique et conclusion.....	N	20
1937	248835	248846	Réfractométrie par la méthode objective.....	N	8
1938	248850	248861	Exploration par seringage des voies lacrymales uni- ou bilatéral (non cumulable avec les n°s 245011 - 245022 et 245033 - 245044).....	N	10
1941	248872	248883	Potentiels cérébraux évoqués par stimulation visuelle, avec protocole et extraits des tracés.....	N	125
1939	248894	248905	Enregistrement simultané de la pression dans les deux artères humérales et deux artères ophtalmiques par dynamographe du type Otto Hager, y compris l'électrocardiogramme de référence, avec protocole et extrait des tracés.....	N	75
1940	248916	248920	Mesure des temps circulatoires huméro-rétiens par angiofluorétilnoscopie simultanée bilatérale.....	N	65

§ 2. 1° Les prestations prévues au titre II, 2° "Actes de diagnostic" visent des examens "par séance", c'est-à-dire des examens d'un ou des deux yeux.

2° Les honoraires pour consultation n° 102012 et 103014 peuvent être cumulés avec les honoraires pour les prestations n°s 245011, 248592, 248636, 248651, 248673, 248695, 248835 et 248850.

Toutefois, une seule d'entre elles peut être portée en compte par consultation.

3° Les honoraires pour les prestations n°s 248555 - 248566, 248570 - 248581, 248614 - 248625 et 248695 - 248706 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations 248592 - 248603 et 248636 - 248640.

Les honoraires pour la prestation n° 248592 - 248603 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour la prestation n° 248636 - 248640.

4° Les honoraires pour les prestations n°s 248673 - 248684 et 248695 - 248706 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour la prestation n° 248651 - 248662.

5° Les honoraires pour les prestations n° 248135 - 248146, 248150 - 248161 et 248776 - 248780 ne sont remboursables que dans les cas de kératocône, d'aphakie, d'anisométrie de 3 D et plus, d'astigmatisme irrégulier et d'amétropie supérieure à - 8 et à + 8 D, évaluée selon la puissance réfractive de la lentille.

i) les prestations relevant de la spécialité en oto-rhino-laryngologie (DL) :

2809	255091	255102	** Audiométrie avec audiogramme.....	K	20
2819	255113	255124	Examen vestibulaire comprenant les épreuves caloriques et l'épreuve rotatoire avec rapport.....	K	30
2829	255135	255146	Examen vestibulaire comprenant les épreuves caloriques avec rapport.....	K	20
2839	255150	255161	Extraction de corps étrangers du conduit auditif externe chez un enfant, nécessitant une anesthésie.....	K	20
2849	255172	255183	Extraction de corps étrangers du conduit auditif par voie chirurgicale.....	K	75
2807	255194	255205	Intervention chirurgicale pour exostose du conduit auditif.....	K	120
2859	255216	255220	Réséction de polypes de l'oreille, par cure.....	K	20
2869	255231	255242	Intervention chirurgicale pour othématome, cure radicale.....	K	50
2889	255253	255264	Réséction totale du pavillon de l'oreille pour cancer, sans évidement.....	K	50
2813	255275	255286	Réséction du pavillon de l'oreille, avec évidement ganglionnaire du cou.....	K	225
2823	255290	255301	Intervention chirurgicale de l'oreille interne.....	K	225
2801	255312	255323	Chirurgie fonctionnelle de la chaîne auriculaire ou intervention chirurgicale pour fenestration.....	K	400
2817	255334	255345	Intervention chirurgicale complémentaire pour ostéite résiduelle après mastoïdectomie.....	K	120
2843	255356	255360	Intervention chirurgicale pour ostéomyélite étendue, diffuse et progressive des os du crâne, nécessitant une réséction large.....	K	225
2805	255371	255382	Intervention chirurgicale pour mastoïdite.....	K	180
2815	255393	255404	Intervention complémentaire pour complication endocrânienne ou labyrinthique de mastoïdite, à l'exclusion de réintervention pour foyer d'ostéite résiduelle.....	K	180
2853	255415	255426	Intervention chirurgicale pour évidement pétromastoïdien.....	K	225
2863	255430	255441	Trépanation du labyrinthe pour pétrosite ou maladie de Ménière.....	K	225
2873	255452	255463	Ablation de la parotide, avec dissection du nerf facial.....	K	225
2827	255474	255485	Parotidectomie totale ou partielle, sans dissection du nerf facial.....	K	120

2883	255496	255500	Parotidectomie totale avec évidemment complet du cou..	K	225
2837	255511	255522	Intervention chirurgicale sur l'articulation temporo-maxillaire.....	K	120
2847	255533	255544	Exérèse de la glande sous-maxillaire de la parotide, sans dissection du nerf facial.....	K	120
2857	255555	255566	Traitement de la paralysie faciale par transposition musculaire.....	K	120
2899	255570	255581	** Ponction du sinus, avec lavage et injection curative.....	K	10
2867	255592	255603	Trépanation du sinus maxillaire par le méat inférieur, opération de Claoué.....	K	120
2877	255614	255625	Intervention chirurgicale pour sinusite par voie interne (râpage du canal naso-frontal, trépanation du sinus sphénoïde, ethmoïdectomie par voie nasale)...	K	120
2825	255636	255640	Intervention chirurgicale pour sinusite par voie externe (ethmoïdectomie, cure de sinusite frontale, cure de sinusite maxillaire, Caldwell-Luc ou Denker).....	K	180
2893	255651	255662	Intervention chirurgicale pour pansinusite unilatérale y compris l'opération de Lima.....	K	225
2811	255673	255684	Intervention chirurgicale pour pansinusite bilatérale y compris l'opération de Lima.....	K	400
2887	255695	255706	Fermeture autoplastique d'une communication bucco-nasale ou bucco-sinusale.....	K	120
2835	255710	255721	Intervention chirurgicale pour mucocèle fronto-ethmoïdal.....	K	180
2897	255732	255743	Ethmoïdectomie par voie nasale.....	K	120
2845	255754	255765	Ethmoïdectomie par voie externe.....	K	180
2808	255776	255780	Antrotomie.....	K	120
2800	255791	255802	** Prélèvement biopsique endonasal.....	K	20
2810	255813	255824	Extraction de corps étrangers du nez.....	K	20
2820	255835	255846	Intervention chirurgicale pour synéchie nasale.....	K	25
2830	255850	255861	Résection de crête de cloison nasale.....	K	30
2840	255872	255883	Résection de cornet ou queue de cornet, unilatérale..	K	30
2850	255894	255905	Résection de cornet ou queue de cornet, bilatérale...	K	50
2860	255916	255920	Traitement des fractures des os propres du nez nécessitant mise en place d'un appareil endo-nasal.....	K	50
2870	255931	255942	Traitement chirurgical du rhinophyma.....	K	50
2828	255953	255964	Intervention chirurgicale pour ozène, comportant l'inclusion d'une prothèse.....	K	120
2855	255975	255986	Résection de tumeurs osseuses du nez, autres que celles spécifiées dans la nomenclature.....	K	180
2838	255990	256001	Intervention chirurgicale pour ligature de la jugulaire.....	K	120
2848	256012	256023	Intervention chirurgicale pour bec-de-lièvre simple..	K	120
2865	256034	256045	Intervention chirurgicale pour bec-de-lièvre double...	K	180
2880	256056	256060	Intervention chirurgicale pour bec-de-lièvre, temps complémentaires.....	K	75

2804	256071	256082	Intervention chirurgicale pour gueule de loup, complète.....	K	225
2890	256093	256104	Intervention chirurgicale pour gueule de loup, temps complémentaires.....	K	75
2858	256115	256126	Intervention chirurgicale pour tumeur du rebord alvéolo-dentaire.....	K	120
2868	256130	256141	Intervention chirurgicale pour kystes para-dentaires.....	K	120
2909	256152	256163	Cathétérisme ou dilatation du canal de Wharton.....	K	30
2919	256174	256185	Exérèse de la glande sublinguale.....	K	75
2878	256196	256200	Réséction partielle de la langue pour tumeur.....	K	120
2814	256211	256222	Réséction partielle de la langue, plus évidement ganglionnaire du cou.....	K	225
2824	256233	256244	Intervention chirurgicale pour cancer de la langue avec évidement ganglionnaire.....	K	225
2821	256255	256266	Réséction "monobloc" pour cancer de la langue, du plancher de la bouche, de la lèvre, avec réséction du maxillaire inférieur et évidement ganglionnaire complet du cou.....	K	400
2929	256270	256281	Extraction de calculs salivaires par voie endobuccale.....	K	30
2939	256292	256303	Cathétérisme ou dilatation du canal de Stenon.....	K	30
2888	256314	256325	Intervention chirurgicale pour grenouillette.....	K	120
2898	256336	256340	Intervention chirurgicale pour tumeur du plancher de la bouche.....	K	120
2834	256351	256362	Intervention chirurgicale pour cancer du plancher de la bouche, avec évidement ganglionnaire.....	K	225
2875	256373	256384	Intervention chirurgicale pour fissure vélo-palatine.....	K	180
2885	256395	256406	Staphyloplastie pour division incomplète du palais.....	K	180
2844	256410	256421	Staphyloplastie pour division complète du palais.....	K	225
285	256432	256443	Staphylorrhaphie pour division incomplète du palais.....	K	180
2854	256454	256465	Staphylorrhaphie pour division complète du palais.....	K	225
2949	256476	256480	Electrocoagulation des amygdales, en plusieurs séances, traitement complet.....	K	75
2959	256491	256502	Amygdalectomie avec adénoïdectomie chez l'enfant n'ayant pas atteint le jour anniversaire de ses dix-huit ans.....	K	50
2969	256513	256524	Adénoïdectomie chez l'enfant n'ayant pas atteint le jour anniversaire de ses dix-huit ans.....	K	50
2907	256535	256546	Amygdalectomie, avec ou sans adénoïdectomie, chez l'adulte, c'est-à-dire la personne qui a atteint ou dépassé le jour anniversaire de ses dix-huit ans.....	K	100
2806	256550	256561	Ablation d'un fibrome naso-pharyngien.....	K	180
2979	256572	256583	Ablation de tumeur de la luette.....	K	30
2989	256594	256605	** Prélèvement biopsique du larynx.....	K	20
2900	256616	256620	Galvano-cautérisation du larynx.....	K	20
2910	256631	256642	Exérèse de papillomes du larynx.....	K	20
2920	256653	256664	Exérèse de polypes du larynx.....	K	40

2917	256675	256686	Suture du larynx.....	K	120
2864	256690	256701	Laryngostomie.....	K	225
2816	256712	256723	Intervention chirurgicale pour laryngo-fissure.....	K	180
2802	256734	256745	Laryngectomie, avec évidement ganglionnaire du cou...	K	300
2874	256756	256760	Laryngectomie partielle (comportant au moins l'ablation d'une corde vocale).....	K	240
2884	256771	256782	Laryngectomie totale ou pharyngo-laryngectomie.....	K	300
2946	256793	256804	Laryngectomie totale avec évidement ganglionnaire du cou : ablation du sterno-cleido-mastoïdien, de la jugulaire interne et des chaînes ganglionnaires jugulo-carotidienne, sous-maxillaire et sus-claviculaire....	K	420
2930	256815	256826	Exérèse d'adénite suppurée ou d'un ganglion du cou...	K	50
2927	256830	256841	Incision et drainage d'adénophlegmon d'origine buccale.....	K	120
2937	256852	256863	Incision et drainage d'un phlegmon profond du cou....	K	120
2940	256874	256885	Curetage de fistule du cou.....	K	50
2894	256896	256900	Intervention chirurgicale pour fistule congénitale du cou.....	K	225
2903	256911	256922	Evidement ganglionnaire unilatéral ou bilatéral du cou.....	K	225
2913	256933	256944	Intervention chirurgicale pour kyste ou tumeur profonde du cou.....	K	225
2826	256955	256966	Evidement ganglionnaire sushyoïdien unilatéral.....	K	180
2923	256970	256981	Evidement ganglionnaire sushyoïdien bilatéral.....	K	225
2836	256992	257003	Exérèse du canal thyroïdienne ou d'un branchiome.....	K	180
2846	257014	257025	Thyroïdectomie pour goître simple.....	K	180
2933	257036	257040	Thyroïdectomie pour goître basedowien ou toxique ou pour cancer.....	K	225
2956	257051	257062	Cure chirurgicale de Basedow par ligature des artères nourricières de la thyroïde.....	K	180
2943	257073	257084	Parathyroïdectomie.....	K	225
2947	257095	257106	Ligature de la carotide.....	K	120
2957	257110	257121	Ligature d'artère pour anévrisme de la carotide.....	K	120
2866	257132	257143	Sympathectomie péricarotidienne.....	K	180
2876	257154	257165	Intervention sur la chaîne sympathique cervicale unilatérale.....	K	180
2963	257176	257180	Intervention sur la chaîne sympathique cervicale bilatérale.....	K	225
2973	257191	257202	Pharyngectomie.....	K	225
2983	257213	257224	Oesophagotomie.....	K	225
2993	257235	257246	Intervention chirurgicale pour diverticule de l'oesophage.....	K	225
2967	257250	257261	Phrénicectomie.....	K	120
2886	257272	257283	Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers.....	K	100
2950	257294	257305	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique, et/ou bronchoscopie avec aspiration thérapeutique.....	K	57

2955	257316	257320	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions.....	K	69
<p style="text-align: center;">Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles ni avec la prestation n° 351035 - 351046.</p>					
2960	257331	257342	** Ponction du sinus avec lavage et injection curative pratiquée chez un enfant de moins de cinq ans...	K	10
2970	257353	257364	** Prélèvement biopsique endonasal pratiqué chez un enfant de moins de cinq ans.....	K	20
2980	257375	257386	Prélèvement biopsique du larynx pratiqué chez un enfant de moins de cinq ans.....	K	20
2977	257390	257401	Amygdalectomie à la dissection.....	K	100
2990	257412	257423	Réduction de fracture récente du nez sous anesthésie générale sans appareil endonasal.....	K	25
2660	257434	257445	Suture des piliers pour hémorragie amygdalienne.....	K	50
2812	257456	257460	Traitement chirurgical de la sténose trachéale par résection segmentaire.....	K	300
2670	257471	257482	Drainage prothétique transtympanal.....	K	70
2987	257493	257504	Résection des apophyses styloïdes.....	K	120
2904	257515	257526	Cordopexie ou aryténoïdopexie.....	K	225
2680	257530	257541	Aspiration de cholestéatome sous microscope, sous anesthésie générale.....	K	20
2690	257552	257563	Traitement chirurgical de l'oblitération choanale membraneuse unilatérale.....	K	45
2896	257574	257585	Traitement chirurgical de l'oblitération choanale osseuse unilatérale.....	K	180
2699	257596	257600	Biopsie de la glande thyroïde (à l'exclusion de la ponction transcutanée).....	K	30
2831	257611	257622	Examen labyrinthique : épreuves caloriques ou rotatoires avec enregistrement nystagmographique et protocole.....	K	42
2832	257633	257644	Examen labyrinthique : épreuves caloriques et rotatoires avec enregistrement nystagmographique et protocole.....	K	60
<p style="text-align: center;">Les prestations 257611 - 257622 et 257633 - 257644 ne sont pas cumulables avec la prestation 477433 - 477444.</p>					
2851	257655	257666	Phonétogramme avec graphique.....	K	21
2852	257670	257681	Examen stroboscopique des vibrations des cordes vocales.....	K	5
2953	257692	257703	Electroglottogramme, y compris le phonogramme de référence éventuel, avec protocole et extraits des tracés.....	K	30
2954	257714	257725	Sonogramme, quel que soit le nombre de tracés obtenus par des filtres différents (représentation graphique de la répartition de l'énergie du son, d'un échantillon de la parole, sur l'étendue de la fréquence dans le temps), protocole et tracés.....	K	27
2822	257736	257740	Impédance-métrie du tympan, de l'oreille moyenne et de la chaîne ossiculaire, avec protocole et tympanogramme, y compris le réflexe stapédien éventuel.....	K	18

2841	257751	257762	Stripping d'une ou des deux cordes vocales.....	K	54
2951	257773	257784	Examen d'une lésion de l'oreille moyenne en cas de perforation du tympan, sous microscope chirurgical binoculaire du type Zeiss (en dehors des interventions chirurgicales).....	K	9
2952	257795	257806	Potentiels cérébraux évoqués par stimulation auditive et/ou examen électrocochléographique, avec protocole et extraits des tracés.....	K	75
<p style="text-align: center;">La prestation 257795 - 257806 ne peut pas être portée en compte en cas de screening systématique des nouveau-nés dans le cadre de dépistage de surdité néo-natale.</p>					
2911	257810	257821	Ponction, y compris le drainage éventuel du sinus frontal par voie externe.....	K	40
2912	257832	257843	Réintervention sur la chaîne ossiculaire, moins de six mois après chirurgie fonctionnelle de l'oreille..	K	120
2914	257854	257865	Exploration chirurgicale de l'oreille moyenne sous microscope avec décollement du tympan.....	K	120
2915	257876	257880	Myringoplastie (greffe du tympan).....	K	180
2916	257891	257902	Tympanoplastie avec libération des fenêtres et greffe du tympan avec ou sans évidement pétromastoïdien....	K	360
2918	257913	257924	Etude rhinomanométrique de la perméabilité des deux fosses nasales avec mesure des débits et des pressions avec graphique et protocole.....	K	20
2921	257935	257946	Etude rhinomanométrique de la perméabilité des deux fosses nasales avec mesure des débits et des pressions suivie d'un ou plusieurs tests de provocation nasale par aérosols avec graphique et protocole.....	K	30
2922	257950	257961	Rhinoplastie pour perte du nez (temps principal).....	K	270
2924	257972	257983	Rhinoplastie pour perte du nez (temps complémentaire).....	K	90
2925	257994	258005	Réfection d'une déformation de la pyramide nasale par ostéotomie ou greffe ou prothèse.....	K	25
2926	258016	258020	Correction plastique du seuil narinaire dans un but fonctionnel.....	K	150
2928	258031	258042	Réséction sous-muqueuse de la cloison, y compris la reposition éventuelle de la cloison.....	K	120
2931	258053	258064	Réséction sous-muqueuse de la cloison, avec correction et reposition de celle-ci dans le sillon d'une ostéotomie médiane.....	K	150

Les prestations n°s 257994 - 258005 et 258016 - 258020 ne sont remboursables qu'après accord du médecin-conseil préalable à l'intervention chirurgicale.

Cette autorisation ne peut être accordée qu'à la condition qu'une demande contenant la description de la nature de l'affection soit introduite.

Cette demande doit, soit être accompagnée du résultat d'une rhinomanométrie démontrant que la malformation de la pyramide nasale est à l'origine d'une obstruction nasale pathologique, soit être justifiée par l'existence d'une séquelle majeure d'un traumatisme antérieur.

2932	258075	258086	Micro-laryngoscope en suspension (Kleinsasser) avec ou sans prélèvement biopsique.....	K	50
			Microchirurgie du larynx sous laryngoscopie en suspension :		
2934	258090	258101	Cordectomie, cordopexie, aryténoïdectomie, aryténoïdopexie.....	K	180
2935	258112	258123	Autres cas.....	K	100
2936	258134	258145	Traitement opératoire de la sténose laryngée avec mise en place d'une prothèse de recalibrage par laryngoscopie en suspension sans laryngofissure.....	K	100
2938	258156	258160	Chirurgie corrective de l'oreille (unilatérale).....	K	120
2941	258171	258182	Chirurgie corrective de l'oreille (bilatérale).....	K	180
2942	258193	258204	Chirurgie corrective de l'oreille par temps préparatoire ou complémentaire.....	K	60
			Reconstitution totale du pavillon de l'oreille pour aplasie ou amputation traumatique :		
2944	258215	258226	Temps principal.....	K	240
2945	258230	258241	Par temps préparatoire ou complémentaire.....	K	90

Les prestations 472356 - 472360, 472371 - 472382 et 472393 - 472404 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en otorhino-laryngologie.

j) les prestations relevant de la spécialité en urologie (DO) :

3001	260013	260024	Greffe de rein.....	K	1020
3035	260035	260046	Néphrostomie.....	K	180
3003	260050	260061	Néphrotomie, avec ou sans extraction de calcul.....	K	225
3005	260072	260083	Pyélotomie.....	K	180
3023	260094	260105	Intervention chirurgicale pour hydronéphrose par plastique du bassin.....	K	225
3055	260116	260120	Anastomose urétéro-intestinale unilatérale.....	K	180
3043	260131	260142	Anastomose urétéro-intestinale bilatérale.....	K	225
3021	260153	260164	Intervention chirurgicale pour remplacement de l'uretère par plastique intestinale.....	K	400
3009	260175	260186	Enlèvement d'un calcul urétéral par voie endoscopique, par séance, y compris la cystoscopie.....	K	90
3065	260190	260201	Réséction urétérale avec suture bout à bout.....	K	180
3075	260212	260223	Urétérostomie.....	K	180
3085	260234	260245	Urétérotomie.....	K	180
3095	260256	260260	Néo-implantation urétéro-vésicale.....	K	180
3019	260271	260282	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'homme.....	K	40
3029	260293	260304	Cystoscopie avec cathétérisme des urétères.....	K	60
3039	260315	260326	Cystoscopie avec fulguration.....	K	60

3050	260330	260341	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique, chez la femme.....	K	35
3060	260352	260363	Dilatation de l'urètre.....	K	6
3006	260374	260385	Cystostomie.....	K	120
3053	260396	260400	Cystectomie partielle.....	K	225
3041	260411	260422	Cystectomie totale, avec anastomose urétéro-intestinale, en un même temps.....	K	400
3051	260433	260444	Cystectomie totale avec remplacement vésical par greffon intestinal.....	K	500
3026	260455	260466	Réfection du col vésical féminin pour incontinence urinaire.....	K	180
3007	260470	260481	Résection endoscopique du col de la vessie ou de valves urétrales postérieures, y compris la cystoscopie.....	K	120
63	260492	260503	Intervention chirurgicale pour maladie du col de la vessie.....	K	225
3073	260514	260525	Intervention chirurgicale pour malformations vésicales ou pour extrophie de la vessie.....	K	225
3061	260536	260540	Intervention chirurgicale pour agrandissement de la vessie par plastique intestinale.....	K	400
3083	260551	260562	Ablation de tumeur vésicale par taille vésicale sus-pubienne.....	K	225
3093	260573	260584	Ablation de diverticules vésicaux.....	K	225
3004	260595	260606	Cure chirurgicale de fistule vésico-intestinale.....	K	225
3014	260610	260621	Cure chirurgicale de fistule vésico-vaginale.....	K	225
3024	260632	260643	Prostatectomie.....	K	225
3076	260654	260665	Intervention chirurgicale pour application de matériel radio-actif dans la vessie ou la prostate.....	K	180
3017	260676	260680	Lithotritie.....	K	120
49	260691	260702	Epididymotomie pour abcès.....	K	75
3027	260713	260724	Epididymectomie.....	K	120
3037	260735	260746	Ablation de kystes de l'épididyme.....	K	120
3047	260750	260761	Ablation de tumeur de l'épididyme.....	K	120
3086	260772	260783	Vaso-épididymostomie ou vaso-vasostomie sous microscope opératoire.....	K	180
3059	260794	260805	Ligature d'un canal déférent.....	K	75
3069	260816	260820	Injection d'une vésicule séminale par voie déférentielle.....	K	75
3034	260831	260842	Vésiculectomie.....	K	225
3057	260853	260864	Intervention chirurgicale pour torsion de testicule ou hydatide.....	K	120
3067	260875	260886	Résection ou retournement de la vaginale.....	K	120
3077	260890	260901	Orchidopexie simple.....	K	120
3105	260912	260923	Orchidopexie double.....	K	180
3000	260934	260945	Circoncision.....	K	75
3087	260956	260960	Urétrotomie externe ou interne.....	K	120

3115	260971	260982	Extraction d'un calcul urétral par urétrotomie.....	K	180
3125	260993	261004	Réséction d'une péri-urétrite bulbaire ou périnéale..	K	180
3135	261015	261026	Urétrostomie.....	K	180
3044	261030	261041	Création d'un nouvel urètre féminin.....	K	225
3010	261052	261063	Méatotomie.....	K	10
3064	261074	261085	Intervention chirurgicale pour fistule uréthro-rectale, en un ou plusieurs temps.....	K	225
3097	261096	261100	Castration.....	K	120
3094	261111	261122	Castration élargie, avec curage des ganglions lombaires.....	K	300
3020	261133	261144	Ablation de polypes de l'urètre, sans urétroscopie, par cure.....	K	20
3030	261155	261166	Réduction chirurgicale de paraphimosis.....	K	50
3040	261170	261181	** Ponction rénale en vue d'un examen anatomo-pathologique ou d'un cytodiagnostics de la substance prélevée.....	K	30
3008	261192	261203	Intervention chirurgicale pour kyste du canal de Nuck.....	K	120
3018	261214	261225	Intervention chirurgicale pour kyste du cordon.....	K	120
3028	261236	261240	Intervention chirurgicale pour varicocèle.....	K	120
3074	261251	261262	Cure radicale de l'épispadias.....	K	225
3155	261273	261284	Intervention chirurgicale pour épispadias, en plusieurs temps : temps principal.....	K	180
3038	261295	261306	Intervention chirurgicale pour épispadias, en plusieurs temps : temps préparatoire et complémentaires.....	K	90
3084	261310	261321	Cure radicale de l'hypospadias.....	K	225
3165	261332	261343	Intervention chirurgicale pour hypospadias, en plusieurs temps : temps principal.....	K	180
3048	261354	261365	Intervention chirurgicale pour hypospadias, en plusieurs temps : temps préparatoire et complémentaires.....	K	90
3175	261376	261380	Intervention pour enlèvement d'un urètre restant....	K	180
3185	261391	261402	Cure totale d'une tumeur vésicale par résection endoscopique y compris la cystoscopie (ne peut être portée en compte qu'une fois par an).....	K	180
3002	261413	261424	Implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé.....	K	300
3058	261435	261446	Cystotomie.....	K	120
3068	261450	261461	Amputation partielle de la verge.....	K	120
3113	261472	261483	Amputation totale de la verge avec évidement ganglionnaire.....	K	225
3090	261494	261505	** Biopsie prostatique.....	K	15
3100	261516	261520	** Ponction biopsique épiddymotesticulaire.....	K	10
3110	261531	261542	Biopsie testiculaire.....	K	40
3103	261553	261564	Réséction endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie.....	K	225

Gut-14j

3101	261575	261586	Section chirurgicale du frein de la verge avec suture.....	K	30
3102	261590	261601	Néphro- et pyélotomie pour lithiase coralliforme mou- lant au moins un groupe caliciel sous hypothermie lo- cale.....	K	400
3108	261612	261623	Méatoplastie par glissement de muqueuse.....	K	120
3109	261634	261645	Néphrectomie totale.....	K	225
3111	261656	261660	Néphrectomie élargie avec évidement de la loge rénale et curage ganglionnaire.....	K	240
3112	261671	261682	Néphrectomie élargie avec évidement de la loge rénale et curage ganglionnaire par voie thoraco-abdominale..	K	360
3114	261693	261704	Néphrectomie partielle avec clampage vasculaire.....	K	300
3116	261715	261726	Intervention chirurgicale pour kyste rénal.....	K	180
3117	261730	261741	Intervention chirurgicale pour remplacement de l'ure- tère par prothèse.....	K	300
3118	261752	261763	Urétéro-iléo- (ou colo-) stomie cutanée.....	K	300
3120	261774	261785	Cystectomie totale (la dérivation des urines ayant été faite dans un autre temps opératoire).....	K	225
3122	261796	261800	Prostatéctomie totale, y compris l'exérèse du bloc vésiculaire avec suture uréthro-vésicale.....	K	400
3123	261811	261822	Pyélo- ou néphrostomie percutanée sous contrôle écho- scopique ou radioscopique avec amplificateur de bril- lance et chaîne de télévision.....	K	70
3124	261833	261844	Mise en place d'une prothèse endo-urétérale par voie transrénale percutanée sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaî- ne de télévision.....	K	150
3126	261855	261866	Ponction simple de cavité rénale, avec ou sans injec- tion de produit de contraste.....	K	30
3127	261870	261881	Intervention chirurgicale pour rupture ou sténose de l'urètre membraneux par voie périnéale par urétroplas- tie, y compris la cystostomie de dérivation éventuel- le, temps unique ou principal.....	K	225
3128	261892	261903	Temps préparatoire ou complémentaire, par temps.....	K	90
			Examen uro-dynamique.		
3129	261914	261925	Mictiographie, avec protocole et extrait des tracés..	K	15
			Examen uro-dynamique, avec un ou plusieurs des para- mètres suivants, enregistrement simultané : - de la pression intravésicale - du profil urétral - de la pression intrarectale - E.M.G. des muscles périnéaux		
3130	261936	261940	Un ou deux canaux.....	K	24
3131	261951	261962	Trois canaux.....	K	30
3132	261973	261984	Quatre canaux.....	K	50
3133	261995	262006	Cinq ou plus..... avec protocole et extraits des tracés.	K	70

62-14j

La mictiographie n'est pas cumulable avec les prestations ci-dessus, mais peut intervenir dans le nombre des canaux multiples.

3134	262010	262021	Urétérostomie cutanée bilatérale ou en Y.....	K	270
3138	262032	262043	Néo-implantation urétéro-vésicale bilatérale.....	K	225
3139	262054	262065	Cure chirurgicale de priapisme par anastomose spongio-caverneuse.....	K	180
3140	262076	262080	Cure chirurgicale de maladie de La Peyronie par ablation de l'induration plastique des corps caverneux...	K	75
3141	262091	262102	Cure chirurgicale de maladie de La Peyronie par dissection des corps caverneux et résection éventuelle de la cloison médiane.....	K	180
3142	262113	262124	Implantation chirurgicale de prothèse des corps caverneux.....	K	120
3143	262135	262146	Mise en place d'un sphincter urétral artificiel.....	K	225
3144	262150	262161	Traitement endoscopique d'incontinence urinaire.....	K	100
3146	262172	262183	Implantation de prothèse testiculaire.....	K	75
3145	262194	262205	Résection et réfection de l'urètre antérieur chez l'homme.....	K	180
3148	262216	262220	Extraction de calcul urinaire, biopsie, coagulation, exérèse de tumeurs et/ou section de la jonction pyélo-urétérale, par voie percutanée, sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	K	100
3149	262231	262242	Destruction par ultra-sons de calcul urinaire, par voie percutanée, sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	K	150

Les prestations 262216 - 262220, 262231 - 262242, 261811 261822 et 261833 - 261844 ne sont pas cumulables entre elles.

La prestation n° 260013 - 260024 inclut les néphrectomies éventuellement pratiquées chez le receveur au cours de la même vacation ; elle n'inclut pas la prise du greffon.

Prélèvement post-mortem d'un rein et sa conservation en vue d'une transplantation, par rein transplanté :

3195	262253	262264	Méthode : solution type Collins de hypothermie.....	K	818
3196	262275	262286	Méthode : machine de conservation type Belzer.....	K	1240

Les prestations n°s 262253 - 262264 et 262275 - 262286 sont portées en compte au receveur par le chirurgien qui effectue la transplantation. Elles comprennent tous les frais y afférents, médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, ainsi que les frais de transport.

Elles comportent également les examens pratiqués et les traitements dispensés au donneur, depuis l'E.E.G. établissant qu'il s'agit d'un coma dépassé : l'E.E.G. est inclus dans la prestation n° 262253 - 262264 ou 262275 - 262286; seules en sont exclues les prestations 582654 - 582665 et 582676 - 582680 (détermination des groupes leucocytaires et plaquettaires).

Lorsqu'il s'agit d'un rein prélevé à l'étranger et que les frais sont supérieurs à l'intervention prévue aux prestations n°s 262253 - 262264 ou 262275 - 262286, le Collège des médecins-directeurs peut accorder une intervention plus élevée, sans qu'elle puisse cependant dépasser l'intervention prévue par le régime de sécurité sociale du pays d'origine.

Lorsqu'il s'agit de reins prélevés sur des donneurs vivants, les actes effectués et les frais d'hospitalisation sont portés en compte au receveur, étant entendu qu'il est spécifié qu'ils ont été effectués sur le donneur.

k) les prestations relevant de la spécialité en orthopédie (DP) :

I. Prestations chirurgicales.

§ 1er. Traitements sanglants.

A. Traitements sanglants généraux.

1° Os et articulations :

9000	280011	280022	° Enlèvement de matériel de synthèse percutané.....	N	15
9001	280033	280044	Enlèvement de matériel de synthèse sous-cutané.....	N	30
9002	280055	280066	Enlèvement de matériel de synthèse profond : vis, fils ou agrafes (quel qu'en soit le nombre).....	N	100
9003	280070	280081	Enlèvement de matériel de synthèse profond : clous intramédullaires ou clous pour col fémoral.....	N	150
9004	280092	280103	Enlèvement de matériel de synthèse profond : plaques ou clous-plaques.....	N	200
9005	280114	280125	Remplacement de broches ou vis trans-osseuses au cours d'une traction continue.....	N	30
9006	280136	280140	Ablation de tumeur osseuse ou d'exostose (os de la main ou du pied).....	N	75
9007	280151	280162	Ablation d'une tumeur osseuse ou d'exostose (des os autres que de la main ou du pied).....	N	150
9008	280173	280184	Biopsie osseuse par curetage simple sous anesthésie générale.....	N	50
9009	280195	280206	Biopsie osseuse par trépanation-curetage d'un os superficiel.....	N	75
9010	280210	280221	Biopsie osseuse par trépanation-curetage d'un os profond (corps vertébral, fémur, voisinage des articulations de la hanche ou de l'épaule).....	N	200
9011	280232	280243	Réfection de moignon d'amputation : petits os (doigts ou orteils).....	N	60
9012	280254	280265	Réfection de moignon d'amputation : grands os.....	N	150
9013	280276	280280	Agrafage épiphysaire.....	N	200
9014	280291	280302	Epiphysiodèse.....	N	250
2° Tendons, ligaments, bourses séreuses :					
9020	280512	280523	Incision de gaine tendineuse.....	N	75

9021	280534	280545	Excision de gaine tendineuse.....	N	100
9022	280556	280560	Exploration tendineuse.....	N	75
9023	280571	280582	Ténolyse.....	N	100
9024	280593	280604	Ténotomie.....	N	50
9025	280615	280626	Allongement tendineux.....	N	125
9026	280630	280641	Raccourcissement tendineux.....	N	125
9027	280652	280663	Ténodèse.....	N	125
9028	280674	280685	Résection tendineuse.....	N	100
9029	280696	280700	Grefte tendineuse.....	N	250
9030	280711	280722	Suture tendineuse.....	N	125
9031	280733	280744	Suture d'une rupture musculaire sous-cutanée.....	N	125
9032	280755	280766	Cure chirurgicale d'une hernie musculaire.....	N	125
9033	280770	280781	Biopsie musculaire.....	N	30
9034	280792	280803	Excision de fistule.....	N	75
9035	280814	280825	Excision d'escarres fessières sous anesthésie générale.....	N	100

B. Cou et tronc.

1° Cou :

9040	281013	281024	Réduction sanglante d'une luxation, fracture ou fracture-luxation de la colonne cervicale sans fixation..	N	400
9041	281035	281046	Ostéosynthèse cervicale, y compris la greffe éventuelle.....	N	500
9042	281050	281061	Arthrodèse cervicale postérieure, y compris le prélèvement du greffon.....	N	400
9043	281072	281083	Arthrodèse occipito-cervicale, y compris le prélèvement du greffon.....	N	500
9044	281094	281105	Arthrodèse intercorporéale cervicale y compris le prélèvement du greffon.....	N	625
9045	281116	281120	Cure chirurgicale d'une hernie discale cervicale.....	N	625
9046	281131	281142	Résection d'une côte cervicale.....	N	300
9047	281153	281164	Scalénotomie.....	N	175
9048	281175	281186	Ténotomie sous-cutanée unipolaire de sterno-cléido-mastoïdien.....	N	75
9049	281190	281201	Ténotomie sous-cutanée bipolaire du sterno-cléido-mastoïdien.....	N	100
9050	281212	281223	Ténotomie à ciel ouvert unipolaire du sterno-cléido-mastoïdien.....	N	175
9051	281234	281245	Ténotomie à ciel ouvert bipolaire du sterno-cléido-mastoïdien.....	N	200
9052	281256	281260	Résection partielle du sterno-cléido-mastoïdien....	N	175
9053	281271	281282	Résection totale du sterno-cléido-mastoïdien.....	N	250

2° Colonne dorso-lombaire :

9060	281514	281525	Réduction sanglante d'une luxation, fracture ou fracture-luxation de la colonne dorso-lombaire.....	N	400
9061	281536	281540	Ostéosynthèse vertébrale.....	N	400
9062	281551	281562	Arthrodèse vertébrale postérieure avec greffon apposé unilatéral ou bilatéral, y compris le prélèvement du greffon.....	N	400
9063	281573	281584	Arthrodèse vertébrale postérieure avec greffon encasté (Bosworth ou similaire) ou avec évidement élargi (Hibbs ou similaire), y compris le prélèvement du greffon.....	N	500
9064	281595	281606	Résection partielle ou totale du greffon après arthrodèse vertébrale.....	N	200
9065	281610	281621	Vissage simple inter-articulaire postérieur.....	N	300
9066	281632	281643	Arthrodèse inter-articulaire postérieure, y compris le prélèvement du greffon.....	N	450
9067	281654	281665	Arthrodèse ou vissage intercorporéal par voie antérieure, y compris le prélèvement éventuel du greffon.....	N	650
9068	281676	281680	Arthrodèse intercorporéale par voie postérieure intrarachidienne.....	N	625
9069	281691	281702	Epiphysiodèse ou agrafage vertébral.....	N	650
9070	281713	281724	Laminectomie sans ouverture de la dure-mère.....	N	250
9071	281735	281746	Laminectomie avec arthrodèse.....	N	500
9072	281750	281761	Flavoligamentectomie.....	N	250
9073	281772	281783	Cure chirurgicale d'une hernie discale autre que cervicale.....	N	450
9074	281794	281805	Cure chirurgicale de hernie discale et arthrodèse, y compris le prélèvement éventuel du greffon.....	N	625
9075	281816	281820	Résection de l'arc postérieur.....	N	350
9076	281831	281842	Exérèse d'une tumeur osseuse de l'arc postérieur.....	N	350
9077	281853	281864	Résection de l'arc postérieur avec arthrodèse.....	N	550
9078	281875	281886	Résection d'une ou plusieurs apophyses épineuses.....	N	200
9079	281890	281901	Résection d'apophyse transverse.....	N	225
9080	281912	281923	Costotransversectomie.....	N	250
9081	281934	281945	Opération pour spondylite ou spondylodiscite infectieuse par abord direct des corps vertébraux avec ou sans greffe osseuse.....	N	650
9082	281956	281960	Exérèse d'une tumeur osseuse du corps vertébral.....	N	650
9083	281971	281982	Résection - reconstruction d'un ou plusieurs corps vertébraux.....	N	700
9084	281993	282004	Ostéotomie vertébrale de redressement pour spondylarthrite ankylosante, temps postérieur.....	N	625
9085	282015	282026	Ostéotomie vertébrale de redressement pour spondylarthrite ankylosante, temps antérieur.....	N	625
9086	282030	282041	Alloplastie de type Gruca.....	N	400
9087	282052	282063	Cure chirurgicale de scoliose par la technique de Harrington, y compris le prélèvement du greffon.....	N	650

9088	282074	282085	Transplantation ou myoplastie pour séquelles paralytiques des muscles du dos.....	N	350
9089	282096	282100	Fasciotomie lombaire bilatérale.....	N	200
			3° Sacrum, coccyx :		
9090	282214	282225	Excision de fistule ou de kyste sacro-coccygien.....	N	175
9091	282236	282240	Cure de coccygodynie par neurotomie.....	N	200
9092	282251	282262	Coccygectomie.....	N	175
9093	282273	282284	Traitement sanglant de la fracture du sacrum.....	N	200
9094	282295	282306	Curetage du sacrum sous anesthésie générale.....	N	100
9095	282310	282321	Réséction partielle du sacrum pour tumeur.....	N	350
9096	282332	282343	Réséction osseuse pour cure d'ostéite ou d'abcès du sacrum.....	N	200
			4° Thorax :		
9100	282516	282520	Réduction sanglante d'une fracture du sternum.....	N	200
9101	282531	282542	Curetage du sternum sous anesthésie générale.....	N	100
9102	282553	282564	Réséction partielle du sternum.....	N	200
9103	282575	282586	Xyphoïdectomie.....	N	75
9104	282590	282601	Traitement chirurgical d'un thorax en entonnoir (pectus excavatum) interventions type phrénosternolyse...	N	250
9105	282612	282623	Traitement chirurgical d'un thorax en entonnoir (pectus excavatum) à l'exclusion des interventions type phrénosternolyse.....	N	600
9106	282634	282645	Ostéosynthèse pour fracture de côtes : d'une côte....	N	150
9107	282656	282660	Ostéosynthèse pour fracture de côtes : de deux ou plusieurs côtes d'un même hémithorax.....	N	225
9108	282671	282682	Réséction costale pour tumeur.....	N	250
9109	282693	282704	Réséction costale pour affection non tumorale.....	N	150
9110	282715	282726	Curetage d'une ou plusieurs côtes sous anesthésie générale.....	N	100
			C. Membres supérieurs et ceinture scapulaire.		
			1° Os et articulations :		
			Traitement sanglant de la luxation acromio-claviculaire :		
9120	283010	283021	Par fixation acromio-claviculaire.....	N	200
9121	283032	283043	Par fixation coraco-claviculaire.....	N	225
9122	283054	283065	Par fixation double.....	N	250
9123	283076	283080	Arthroplastie acromio-claviculaire.....	N	200
9124	283091	283102	Arthrodèse acromio-claviculaire.....	N	200
9125	283113	283124	Excision de ménisque acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire.....	N	150
9126	283135	283146	Traitement sanglant de la luxation sterno-claviculaire.....	N	200
9127	283150	283161	Arthroplastie sterno-claviculaire.....	N	200
9128	283172	283183	Arthrodèse sterno-claviculaire.....	N	200

9129	283194	283205	Traitement sanglant de la luxation scapulo-humérale récente antérieure ou postérieure.....	N	300
9130	283216	283220	Traitement sanglant de la luxation scapulo-humérale ancienne (luxation âgée de plus de 3 semaines).....	N	350
9131	283231	283242	Cure chirurgicale d'une luxation scapulo-humérale récidivante.....	N	450
9132	283253	283264	Arthrotomie scapulo-humérale.....	N	200
9133	283275	283286	Capsulotomie scapulo-humérale ou ténotomie du sous-scapulaire.....	N	200
9134	283290	283301	Capsulectomie scapulo-humérale.....	N	300
9135	283312	283323	Synovectomie scapulo-humérale.....	N	300
9136	283334	283345	Arthroplastie scapulo-humérale.....	N	400
9137	283356	283360	Arthrodèse scapulo-humérale, y compris le prélèvement éventuel du greffon.....	N	450
9138	283371	283382	Butée scapulo-humérale.....	N	400
9139	283393	283404	Arthrorise scapulo-humérale.....	N	400
9140	283415	283426	Réséction scapulo-humérale.....	N	300
9141	283430	283441	Désarticulation scapulo-humérale.....	N	300
9142	283452	283463	Désarticulation inter-scapulo-thoracique.....	N	450
9143	283474	283485	Traitement sanglant d'une fracture de la clavicule...	N	200
9144	283496	283500	Intervention chirurgicale pour cal vicieux de la clavicule.....	N	125
9145	283511	283522	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de la clavicule y compris le prélèvement éventuel du greffon.....	N	250
9146	283533	283544	Ostéotomie de la clavicule.....	N	225
9147	283555	283566	Allongement de la clavicule.....	N	225
9148	283570	283581	Trépanation de la clavicule.....	N	150
9149	283592	283603	Curetage de la clavicule sous anesthésie générale....	N	100
9150	283614	283625	Réséction partielle de la clavicule.....	N	200
9151	283636	283640	Réséction totale de la clavicule.....	N	250
9152	283651	283662	Traitement sanglant d'une fracture de l'omoplate....	N	300
9153	283673	283684	Curetage de l'omoplate sous anesthésie générale.....	N	100
9154	283695	283706	Acromioplastie.....	N	200
9155	283710	283721	Acromiectomie.....	N	200
9156	283732	283743	Réséction partielle de l'omoplate.....	N	200
9157	283754	283765	Réséction totale de l'omoplate.....	N	350
9158	283776	283780	Cure chirurgicale de surélévation congénitale de l'omoplate.....	N	400
9159	283791	283802	Traitement sanglant d'une fracture de la tête humérale.....	N	350
9160	283813	283824	Traitement sanglant d'une fracture du col huméral....	N	350
9161	283835	283846	Traitement sanglant d'une luxation-fracture de la tête humérale.....	N	350
9162	283850	283861	Traitement sanglant d'une fracture de la diaphyse de l'humérus.....	N	350
9163	283872	283883	Traitement sanglant d'une fracture supra-condylienne de l'humérus.....	N	350

9164	283894	283905	Traitement sanglant d'une fracture de la palette humérale.....	N	350
9165	283916	283920	Traitement sanglant d'une fracture de l'épicondyle ou de l'épitrôchlée.....	N	200
9166	283931	283942	Intervention chirurgicale pour cal vicieux de l'humérus.....	N	350
9167	283953	283964	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de l'humérus...	N	400
9168	283975	283986	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de la palette humérale.....	N	400
9169	283990	284001	Ostéotomie diaphysaire de l'humérus.....	N	375
9170	284012	284023	Trépanation de l'humérus.....	N	200
9171	284034	284045	Trépanation de la palette humérale.....	N	200
9172	284056	284060	Cure d'une tumeur de l'humérus avec comblement par greffe.....	N	400
9173	284071	284082	Curetage de l'humérus sous anesthésie générale.....	N	125
9174	284093	284104	Curetage de la palette humérale sous anesthésie générale.....	N	125
9175	284115	284126	Cure chirurgicale d'épicondylalgie.....	N	100
9176	284130	284141	Réséction de la diaphyse de l'humérus sans reconstruction.....	N	300
9177	284152	284163	Réséction de la diaphyse de l'humérus avec reconstruction.....	N	450
9178	284174	284185	Amputation du bras.....	N	250
9179	284196	284200	Réfection d'un moignon d'amputation du bras.....	N	150
9180	284211	284222	Cinématisation d'un moignon d'amputation du bras.....	N	500
9181	284233	284244	Traitement sanglant d'une luxation récente du coude..	N	250
9182	284255	284266	Traitement sanglant d'une luxation-fracture du coude.....	N	300
9183	284270	284281	Traitement sanglant d'une luxation ancienne du coude (luxation âgée de plus de trois semaines).....	N	300
9184	284292	284303	Arthrotomie ou capsulotomie du coude.....	N	150
9185	284314	284325	Capsulectomie du coude.....	N	250
9186	284336	284340	Synovectomie du coude.....	N	250
9187	284351	284362	Cure chirurgicale de chondromatose du coude.....	N	250
9188	284373	284384	Arthroplastie du coude.....	N	400
9189	284395	284406	Arthrodèse du coude.....	N	300
9190	284410	284421	Arthrorise du coude.....	N	300
9191	284432	284443	Réséction ou hémiréséction du coude.....	N	300
9192	284454	284465	Désarticulation du coude.....	N	250
9193	284476	284480	Traitement sanglant d'une fracture de l'olécrâne.....	N	200
9194	284491	284502	Traitement sanglant d'une fracture-luxation de Monteggia.....	N	350
9195	284513	284524	Traitement sanglant d'une fracture de la tête ou du col du radius.....	N	200
9196	284535	284546	Traitement sanglant d'une fracture diaphysaire d'un os de l'avant-bras.....	N	300

9197	284550	284561	Traitement sanglant d'une fracture diaphysaire des deux os de l'avant-bras.....	N	400
9198	284572	284583	Traitement sanglant d'une fracture de l'extrémité distale d'un ou des deux os de l'avant-bras.....	N	275
9199	284594	284605	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de l'olécrâne..	N	250
9200	284616	284620	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de la diaphyse d'un os de l'avant-bras.....	N	350
9201	284631	284642	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de la diaphyse des deux os de l'avant-bras.....	N	500
9202	284653	284664	Ostéotomie du coude en cas d'ankylose osseuse.....	N	300
9203	284675	284686	Ostéotomie diaphysaire d'un os de l'avant-bras.....	N	325
9204	284690	284701	Ostéotomie diaphysaire des deux os de l'avant-bras...	N	450
9205	284712	284723	Ostéotomie méta-épiphysaire du radius.....	N	325
9206	284734	284745	Allongement du cubitus.....	N	350
9207	284756	284760	Raccourcissement des deux os de l'avant-bras.....	N	450
9208	284771	284782	Curetage d'un os de l'avant-bras sous anesthésie générale.....	N	100
9209	284793	284804	Trépanation d'un os de l'avant-bras.....	N	200
9210	284815	284826	Résection de la tête du radius.....	N	200
9211	284830	284841	Résection de la tubérosité bicipitale du radius.....	N	200
9212	284852	284863	Résection diaphysaire d'un os de l'avant-bras sans reconstruction.....	N	200
9213	284874	284885	Résection diaphysaire d'un os de l'avant-bras avec rétablissement de la continuité par greffe ou prothèse, y compris la prise du greffon éventuel.....	N	400
9214	284896	284900	Résection de l'extrémité distale du cubitus.....	N	200
9215	284911	284922	Résection de la styloïde radiale.....	N	150
9216	284933	284944	Résection partielle de l'olécrâne.....	N	150
9217	284955	284966	Ablation de synostose de l'avant-bras.....	N	350
9218	284970	284981	Exérèse d'ostéome intramusculaire du coude.....	N	150
9219	284992	285003	Amputation de l'avant-bras.....	N	250
9220	285014	285025	Réfection d'un moignon d'amputation du coude ou de l'avant-bras.....	N	150
9221	285036	285040	Phalangisation des deux os de l'avant-bras.....	N	500
9222	285051	285062	Ostéosynthèse d'une fracture d'un os du carpe.....	N	250
9223	285073	285084	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un os du carpe (ostéosynthèse et/ou greffe).....	N	300
9224	285095	285106	Trépanation d'un os du carpe.....	N	150
9225	285110	285121	Forage d'un os du carpe.....	N	125
9226	285132	285143	Curetage sous anesthésie générale d'un os du carpe...	N	100
9227	285154	285165	Ablation totale ou partielle d'un os du carpe.....	N	175
9228	285176	285180	Remplacement par prothèse d'un os du carpe.....	N	275
9229	285191	285202	Traitement sanglant de la luxation d'un os du carpe..	N	250

9230	285213	285224	Traitement sanglant de la luxation rétrolunaire du carpe.....	N	250
9231	285235	285246	Arthrotomie du poignet.....	N	125
9232	285250	285261	Synovectomie du poignet.....	N	175
9233	285272	285283	Arthroplastie du poignet.....	N	300
9234	285294	285305	Arthrodèse du poignet et/ou arthrodèse intracarpienne.....	N	300
9235	285316	285320	Arthrorise du poignet.....	N	300
9236	285331	285342	Résection du poignet (une ou deux rangées des os du carpe).....	N	250
9237	285353	285364	Désarticulation du poignet.....	N	200
9238	285375	285386	Traitement sanglant d'une fracture d'un métacarpien..	N	125
9239	285390	285401	Traitement sanglant d'une fracture de plusieurs métacarpiens d'une même main.....	N	200
9240	285412	285423	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un métacarpien.....	N	150
9241	285434	285445	Ostéotomie d'un métacarpien.....	N	150
9242	285456	285460	Trépanation d'un métacarpien.....	N	125
9243	285471	285482	Curetage sous anesthésie générale d'un métacarpien...	N	75
9244	285493	285504	Résection partielle d'un métacarpien.....	N	125
9245	285515	285526	Résection partielle de plusieurs métacarpiens d'une même main.....	N	175
9246	285530	285541	Résection totale d'un métacarpien.....	N	150
9247	285552	285563	Résection totale de plusieurs métacarpiens d'une même main.....	N	200
9248	285574	285585	Amputation d'un doigt dans la continuité d'un métacarpien.....	N	125
9249	285596	285600	Amputation de plusieurs doigts d'une même main dans la continuité des métacarpiens.....	N	175
9250	285611	285622	Réfection d'un moignon d'amputation d'un métacarpien.	N	75
9251	285633	285644	Phalangisation du premier métacarpien.....	N	300
9252	285655	285666	Pollicisation d'un doigt.....	N	450
Traitement sanglant des luxations métacarpiennes :					
9253	285670	285681	Une articulation.....	N	100
9698	285692	285703	Plusieurs articulations.....	N	150
9254	285714	285725	Arthroplastie trapézo-métacarpienne.....	N	200
9255	285736	285740	Arthrodèse trapézo-métacarpienne.....	N	150
9256	285751	285762	Arthrodèse intermétacarpienne.....	N	250
9257	285773	285784	Désarticulation carpo-métacarpienne d'un doigt.....	N	150
9258	285795	285806	Désarticulation carpo-métacarpienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	200
9259	285810	285821	Traitement sanglant d'une fracture d'un doigt.....	N	100
9260	285832	285843	Traitement sanglant d'une fracture de plusieurs doigts d'une même main.....	N	150
9261	285854	285865	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un doigt.....	N	150

9262	285876	285880	Ostéotomie d'un doigt.....	N	150
9263	285891	285902	Trépanation d'une phalange.....	N	75
9264	285913	285924	Curetage sous anesthésie générale d'une phalange.....	N	50
9265	285935	285946	Amputation d'un doigt quel que soit le niveau.....	N	75
9266	285950	285961	Réfection d'un moignon d'amputation d'un doigt.....	N	60
9267	285972	285983	Traitement sanglant d'une luxation d'un doigt.....	N	75
9268	285994	286005	Traitement sanglant d'une luxation de plusieurs doigts d'une même main.....	N	125
9269	286016	286020	Désarticulation métacarpo-phalangienne ou interpha- langienne d'un doigt.....	N	75
9270	286031	286042	Désarticulation métacarpo-phalangienne ou interpha- langienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	125
9271	286053	286064	Arthrotomie ou capsulotomie interphalangienne d'un doigt.....	N	60
9272	286075	286086	Capsulectomie interphalangienne d'un doigt.....	N	100
9273	286090	286101	Capsulectomie interphalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	200
9274	286112	286123	Synovectomie interphalangienne d'un doigt.....	N	100
9275	286134	286145	Synovectomie interphalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	200
9276	286156	286160	Arthroplastie interphalangienne d'un doigt.....	N	125
9277	286171	286182	Arthrodèse interphalangienne d'un doigt.....	N	125
9278	286193	286204	Arthrotomie ou capsulotomie métacarpophalangienne d'un doigt.....	N	60
9279	286215	286226	Capsulectomie métacarpo-phalangienne d'un doigt.....	N	100
9280	286230	286241	Synovectomie métacarpo-phalangienne d'un doigt.....	N	100
9281	286252	286263	Synovectomie métacarpo-phalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	200
9282	286274	286285	Arthroplastie métacarpo-phalangienne d'un doigt.....	N	125
9283	286296	286300	Arthrodèse métacarpo phalangienne d'un doigt.....	N	125
9284	286311	286322	Arthroplastie par prothèse totale du coude.....	N	650
9285	286333	286344	Raccourcissement diaphysaire d'un os de l'avant-bras.	N	300
9286	286355	286366	Réséction diaphysaire des deux os de l'avant-bras sans reconstruction.....	N	300
9287	286370	286381	Réséction diaphysaire de deux os de l'avant-bras avec rétablissement de la continuité par greffe ou prothè- se, y compris la prise du greffon éventuel.....	N	600
9288	286392	286403	Arthrotomie ou capsulotomie interphalangienne de plu- sieurs doigts d'une même main.....	N	120
9289	286414	286425	Arthrotomie ou capsulotomie métacarpo-phalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	120
9344	286436	286440	Arthroplastie interphalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	250
9345	286451	286462	Arthrodèse interphalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	200
9346	286473	286484	Capsulectomie métacarpo-phalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	200

9347	286495	286506	Arthroplastie métacarpo-phalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	250
9348	286510	286521	Arthrodèse métacarpo-phalangienne de plusieurs doigts d'une même main.....	N	200
9349	286532	286543	Remplacement prothétique d'une articulation métacarpo-phalangienne.....	N	175
9596	286554	286565	Remplacement prothétique de plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes d'une même main.....	N	350
9597	286576	286580	Remplacement prothétique d'une articulation interphalangienne d'un doigt.....	N	175
9598	286591	286602	Remplacement prothétique de plusieurs articulations interphalangiennes de plusieurs doigts de la même main.....	N	350
2° Tendons, ligaments, bourses séreuses :					
9290	287011	287022	Cure chirurgicale d'une rupture de la coiffe des rotateurs.....	N	300
9291	287033	287044	Cure chirurgicale d'une rupture, ténosynovite ou luxation du tendon de longue portion du biceps.....	N	300
9292	287055	287066	Cure chirurgicale d'une rupture du tendon inférieur du biceps.....	N	200
9293	287070	287081	Transplantation tendineuse ou musculaire à l'épaule ou au bras.....	N	300
9294	287092	287103	Excision de calcifications de la coiffe des rotateurs	N	200
9295	287114	287125	Excision de bursite sous-acromio-deltoidienne.....	N	200
9296	287136	287140	Excision d'une hydrosadénite.....	N	60
9297	287151	287162	Réparation ou plastie ligamentaire du coude.....	N	250
9298	287173	287184	Transplantation des muscles du coude ou flexo-plastie	N	300
Transplantation tendineuse à l'avant-bras :					
9299	287195	287206	D'un tendon.....	N	200
9300	287210	287221	De deux tendons.....	N	300
9301	287232	287243	De trois ou plus de trois tendons.....	N	400
9302	287254	287265	Opération de Page-Scaglietti-Gosset.....	N	600
9303	287276	287280	Exérèse de bursite olécrânienne avec ou sans résection ostéopériostée.....	N	75
9304	287291	287302	Translocation du nerf cubital.....	N	200
9305	287313	287324	Résection du ligament triangulaire.....	N	125
9306	287335	287346	Aponévrotomie palmaire.....	N	75
9307	287350	287361	Aponévrectomie palmaire partielle.....	N	200
9308	287372	287383	Aponévrectomie palmaire totale.....	N	325
9309	287394	287405	Aponévrectomie palmaire totale avec greffe cutanée...	N	375
9656	287416	287420	Aponévrectomie digitale, intervention isolée non cumulable avec les prestations n°s 287335 - 287346, 287350 - 287361, 287372 - 287383, 287394 - 287405....	N	150

Suture des tendons fléchisseurs de la main :

9310	287431	287442	D'un tendon.....	N	200
9311	287453	287464	De deux tendons.....	N	275
9312	287475	287486	De trois ou plus de trois tendons.....	N	350

Suture des tendons extenseurs de la main :

9313	287490	287501	D'un tendon.....	N	150
9314	287512	287523	De deux tendons.....	N	200
9315	287534	287545	De trois ou plus de trois tendons.....	N	250
9316	287556	287560	Cure chirurgicale d'une rupture sous-cutanée d'un extenseur des doigts.....	N	150

Transplantation tendineuse de la main :

9317	287571	287582	D'un tendon.....	N	200
9318	287593	287604	De deux tendons.....	N	300
9319	287615	287626	De trois ou plus de trois tendons.....	N	400

Rétablissement de la continuité des tendons de la main par greffe ou prothèse :

9320	287630	287641	D'un tendon.....	N	300
9321	287652	287663	De deux tendons.....	N	400
9322	287674	287685	De trois ou plus de trois tendons.....	N	500
9323	287696	287700	Cure chirurgicale de doigt à ressort.....	N	75
9324	287711	287722	Cure chirurgicale de maladie de de Quervain.....	N	75
9325	287733	287744	Ténolyse des fléchisseurs.....	N	225
9326	287755	287766	Ténolyse des extenseurs.....	N	150
9327	287770	287781	Réfection d'une poulie tendineuse digitale.....	N	200
9328	287792	287803	Extirpation d'un kyste synovial dorsal du poignet....	N	100
9329	287814	287825	Extirpation d'un kyste synovial palmaire du poignet..	N	150
9330	287836	287840	Libération du canal carpien.....	N	125
9331	287851	287862	Greffe d'ongle.....	N	75
9332	287873	287884	Cure radicale d'un ongle incarné ; ablation de l'ongle avec exérèse partielle ou totale de la matrice ou excision des parties molles (intervention type Vandebos et Bowers).....	N	45

Intervention chirurgicale pour syndactylie :

9333	287895	287906	Première commissure.....	N	200
9334	287910	287921	Commissure suivante dans la même séance opératoire...	N	100
9599	287932	287943	Restauration de la sensibilité digitale par transplantation d'un lambeau cutané, avec son pédicule vasculo-nerveux (opération type Littler).....	N	350

Intervention chirurgicale pour syndactylie avec greffe cutanée :

9335	287954	287965	Première commissure.....	N	250
------	--------	--------	--------------------------	---	-----

9336	287976	287980	Commissure suivante dans la même séance opératoire...	N	125
			Intervention chirurgicale pour syndactylie avec section osseuse :		
9337	287991	288002	Première commissure.....	N	300
9338	288013	288024	Commissure suivante dans la même séance opératoire...	N	150
9339	288035	288046	Réséction des gaines digito-palmares.....	N	300
9340	288050	288061	°Incision et drainage d'un panaris du doigt.....	N	45
9341	288072	288083	Incision et drainage des phlegmons profonds de la paume.....	N	100
9342	288094	288105	Incision et drainage des gaines digitales.....	N	75
9343	288116	288120	Incision et drainage des gaines digito-palmares.....	N	200

3° Replantation après section complète.

Replantation après section complète : elle implique les reconstitutions de tous les éléments : vasculaires, osseux, musculo-tendineux, cutanés et éventuellement nerveux :

3490	288315	288326	Du bras.....	N	1250
3491	288330	288341	De l'avant-bras.....	N	1250
3492	288352	288363	De la main.....	N	1250
3493	288374	288385	D'un métacarpe (section transversale complète).....	N	1250
3494	288396	288400	D'un doigt.....	N	500
3495	288411	288422	Grefe d'un orteil sur une main métacarpienne où il ne reste qu'un doigt, pour la reconstruction d'une pince.....	N	1250
3496	288433	288444	Grefe de deux orteils sur une main métacarpienne pour la reconstruction d'une pince.....	N	1667

Les interventions n°s 288315 - 288326, 288330 - 288341, 288352 - 288363, 288374 - 288385, 288396 - 288400, 288411 - 288422 et 288433 - 288444 comprennent les manipulations de conservation du membre sectionné en vue de replantation.

D. Membres inférieurs et ceinture pelvienne :

1° Os et articulations :

9350	288514	288525	Désarticulation inter-iléo-abdominale.....	N	750
9351	288536	288540	Traitement sanglant d'une luxation sacro-iliaque.....	N	300
9352	288551	288562	Arthrotomie sacro-iliaque.....	N	200
9353	288573	288584	Arthrodèse sacro-iliaque unilatérale.....	N	400
9354	288595	288606	Arthrodèse sacro-iliaque bilatérale.....	N	500
9355	288610	288621	Réséction sacro-iliaque.....	N	300
9356	288632	288643	Traitement sanglant d'une disjonction pubienne.....	N	300
9357	288654	288665	Synthèse de la symphyse pubienne.....	N	300
9358	288676	288680	Arthrodèse de la symphyse pubienne.....	N	350
9359	288691	288702	Réséction pubienne.....	N	300

9360	288713	288724	Traitement sanglant d'une fracture de l'os iliaque à l'exclusion des fractures du cotyle.....	N	400
9361	288735	288746	Traitement sanglant d'une fracture du cotyle de l'os iliaque.....	N	500
9362	288750	288761	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de l'os iliaque	N	450
9363	288772	288783	Ostéotomie de l'os iliaque (interventions type Solter).....	N	500
9364	288794	288805	Trépanation pour tumeur ou ostéite de l'os iliaque...	N	250
9365	288816	288820	Curetage sous anesthésie générale de l'os iliaque....	N	200
9366	288831	288842	Résection partielle pour tumeur ou ostéite de l'os iliaque.....	N	300
9367	288853	288864	Traitement sanglant d'une luxation de la hanche.....	N	350
9368	288875	288886	Traitement sanglant d'une fracture-luxation de la hanche.....	N	500
9369	288890	288901	Arthrotomie de la hanche.....	N	200
9370	288912	288923	Ablation d'un corps libre intra-articulaire de la hanche.....	N	300
9371	288934	288945	Cure chirurgicale d'ostéochondrite disséquante de la hanche.....	N	350
9372	288956	288960	Capsulectomie de la hanche.....	N	350
9373	288971	288982	Synovectomie de la hanche.....	N	350
9374	288993	289004	Arthroplastie de la hanche sans interposition.....	N	400
9375	289015	289026	Arthroplastie de la hanche avec interposition de tissu ou d'un cup.....	N	500
9376	289030	289041	Arthroplastie de la hanche avec prothèse fémorale....	N	500
9377	289052	289063	Arthroplastie de la hanche avec prothèse cotyloïdienne.....	N	500
9378	289074	289085	Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale).....	N	650
9379	289096	289100	Arthrodèse intra-articulaire de la hanche.....	N	500
9380	289111	289122	Arthrodèse extra-articulaire de la hanche.....	N	450
9381	289133	289144	Arthrodèse de la hanche avec ostéotomie du fémur ou du bassin.....	N	625
9382	289155	289166	Arthrorise de la hanche : butée simple.....	N	350
9383	289170	289181	Arthrorise de la hanche : acétabuloplastie.....	N	400
9384	289192	289203	Arthrorise de la hanche : arthroplastie extracapsulaire.....	N	450
9385	289214	289225	Résection de la hanche ou ablation de prothèse.....	N	400
9386	289236	289240	Résection-angulation de la hanche (intervention de Milch).....	N	550
9387	289251	289262	Désarticulation de la hanche.....	N	400
9388	289273	289284	Traitement sanglant d'une fracture des condyles du fémur.....	N	425
9389	289295	289306	Traitement sanglant d'une fracture supra-condylienne du fémur.....	N	425
9390	289310	289321	Traitement sanglant d'une fracture de la diaphyse du fémur.....	N	425

9391	289332	289343	Traitement sanglant d'une fracture sous-trochantérienne du fémur.....	N	425
9392	289354	289365	Traitement sanglant d'une fracture per- ou intertrochantérienne du fémur.....	N	425
9393	289376	289380	Traitement sanglant d'une fracture du col du fémur par synthèse.....	N	425
9394	289391	289402	Traitement sanglant d'une fracture du col du fémur par prothèse.....	N	450
9395	289413	289424	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose des condyles du fémur.....	N	500
9396	289435	289446	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de la diaphyse du fémur.....	N	500
9397	289450	289461	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose du col du fémur	N	500
9398	289472	289483	Agrafage épiphysaire du fémur.....	N	225
9399	289494	289505	Epiphysiodèse distale du fémur.....	N	325
9400	289516	289520	Agrafage épiphysaire péronéo-tibial.....	N	225
9401	289531	289542	Epiphysiodèse péronéo-tibiale.....	N	325
9402	289553	289564	Agrafage des épiphyses fémorale inférieure et péronéo-tibiales supérieures.....	N	325
9403	289575	289586	Epiphysiodèse des épiphyses fémorale inférieure et péronéo-tibiales supérieures.....	N	450
9404	289590	289601	Réduction sanglante, synthèse ou épiphysiodèse pour épiphysiolyse cervico-céphalique.....	N	450
9405	289612	289623	Oblitération médullaire du fémur.....	N	300
9406	289634	289645	Décollement périosté du fémur.....	N	200
9407	289656	289660	Ostéotomie condylienne du fémur.....	N	450
9408	289671	289682	Ostéotomie supracondylienne du fémur.....	N	450
9409	289693	289704	Ostéotomie diaphysaire du fémur.....	N	450
9410	289715	289726	Ostéotomie sous trochantérienne du fémur.....	N	450
9411	289730	289741	Ostéotomie du col du fémur.....	N	450
9412	289752	289763	Allongement du fémur.....	N	550
9413	289774	289785	Raccourcissement du fémur.....	N	450
9414	289796	289800	Trépanation du fémur.....	N	200
9415	289811	289822	Trépanation de la tête ou du col du fémur par voie extracapsulaire.....	N	250
9416	289833	289844	Trépanation de la tête ou du col du fémur par voie intracapsulaire.....	N	300
9417	289855	289866	Curetage du fémur sous anesthésie générale.....	N	125
9418	289870	289881	Curetage de la tête ou du col du fémur sous anesthésie générale.....	N	200
9419	289892	289903	Cure d'une tumeur du fémur avec comblement par greffe	N	400
9420	289914	289925	Résection simple du fémur.....	N	400
9421	289936	289940	Résection du fémur avec perte de la continuité et reconstruction par greffe osseuse, y compris la prise du greffon.....	N	650
9422	289951	289962	Amputation du fémur.....	N	275
9423	289973	289984	Traitement sanglant d'une luxation de la rotule.....	N	200

9424	289995	290006	Traitement sanglant d'une luxation fémoro-tibiale....	N	300
9425	290010	290021	Intervention chirurgicale pour luxation récidivante de la rotule.....	N	375
9426	290032	290043	Arthrotomie du genou.....	N	200
9427	290054	290065	Enlèvement d'un corps libre intra-articulaire du genou.....	N	200
9428	290076	290080	Exérèse du ménisque interne ou externe du genou.....	N	275
9429	290091	290102	Capsulotomie postérieure du genou.....	N	200
9430	290113	290124	Synovectomie dite totale du genou.....	N	300
9431	290135	290146	Arthrolyse du genou.....	N	250
9432	290150	290161	Arthroplastie fémoro-patellaire sans interposition	N	200
9433	290172	290183	Arthroplastie fémoro-patellaire avec interposition de tissu.....	N	250
9434	290194	290205	Arthroplastie fémoro-patellaire avec prothèse.....	N	350
9435	290216	290220	Arthroplastie fémoro-tibiale sans interposition.....	N	300
9436	290231	290242	Arthroplastie fémoro-tibiale avec interposition de tissu.....	N	450
9437	290253	290264	Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse simple....	N	500
9438	290275	290286	Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée.....	N	650
9439	290290	290301	Arthrodèse du genou.....	N	400
9440	290312	290323	Résection du genou.....	N	300
9441	290334	290345	Arthrorise du genou.....	N	350
9442	290356	290360	Désarticulation du genou.....	N	250
9443	290371	290382	Traitement sanglant d'une luxation péronéo-tibiale inférieure.....	N	200
9444	290393	290404	Arthrodèse péronéo-tibiale inférieure.....	N	200
9445	290415	290426	Arthrodèse péronéo-tibiale supérieure.....	N	200
9446	290430	290441	Vissage péronéo-tibial inférieur.....	N	200
9447	290452	290463	Traitement sanglant d'une fracture de la rotule.....	N	200
9448	290474	290485	Traitement sanglant d'une fracture intra-articulaire d'un plateau tibial.....	N	350
9449	290496	290500	Traitement sanglant d'une fracture intra-articulaire des deux plateaux tibiaux.....	N	400
9450	290511	290522	Traitement sanglant d'une fracture des épines tibiales.....	N	250
9451	290533	290544	Traitement sanglant d'une fracture métaphysaire supérieure du tibia.....	N	300
9452	290555	290566	Traitement sanglant d'une fracture de la diaphyse du tibia.....	N	300
9453	290570	290581	Traitement sanglant d'une fracture du péroné.....	N	200
9454	290592	290603	Traitement sanglant d'une fracture pluri-fragmentaire du pilon tibial.....	N	350
9455	290614	290625	Traitement sanglant d'une fracture marginale antérieure du tibia.....	N	250

Traitement sanglant des fractures malléolaires :

9456	290636	290640	Abord unimalléolaire.....	N	200
9457	290651	290662	Abord bimalléolaire.....	N	250
9458	290673	290684	Abord trimalléolaire.....	N	300

Cure chirurgicale des pseudarthroses malléolaires :

9459	290695	290706	Abord unimalléolaire.....	N	250
9460	290710	290721	Abord bimalléolaire.....	N	300
9461	290732	290743	Abord trimalléolaire.....	N	350
9462	290754	290765	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de la jambe....	N	375
9463	290776	290780	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose de la rotule...	N	250
9464	290791	290802	Ostéotomie malléolaire externe.....	N	225
9465	290813	290824	Ostéotomie malléolaire interne.....	N	225
9466	290835	290846	Ostéotomie bimalléolaire.....	N	300
9467	290850	290861	Ostéotomie supramalléolaire.....	N	325
9468	290872	290883	Ostéotomie diaphysaire du tibia.....	N	325
9469	290894	290905	Ostéotomie du péroné.....	N	200
9470	290916	290920	Ostéotomie du plateau tibial.....	N	350
9471	290931	290942	Cure chirurgicale d'une synostose tibio-péronière....	N	350
9472	290953	290964	Allongement de la jambe.....	N	500
9473	290975	290986	Raccourcissement de la jambe.....	N	400
9474	290990	291001	Trépanation du péroné.....	N	150
9475	291012	291023	Trépanation du tibia.....	N	200
9476	291034	291045	Trépanation de la rotule.....	N	125
9477	291056	291060	Cure chirurgicale d'une tumeur du tibia avec comble- ment par greffe.....	N	350
9478	291071	291082	Curetage du péroné sous anesthésie générale.....	N	100
9479	291093	291104	Curetage du tibia sous anesthésie générale.....	N	100
9480	291115	291126	Curetage de la rotule sous anesthésie générale.....	N	100
9481	291130	291141	Forage de la tubérosité tibiale antérieure.....	N	50
9482	291152	291163	Résection de la tête du péroné.....	N	200
9483	291174	291185	Résection de la diaphyse du péroné.....	N	200
9484	291196	291200	Résection diaphysaire du tibia.....	N	300
9485	291211	291222	Résection du tibia avec perte de la continuité et re- construction par greffe osseuse, y compris la prise du greffon.....	N	650
9486	291233	291244	Patellectomie partielle.....	N	150
9487	291255	291266	Patellectomie totale.....	N	200
9488	291270	291281	Amputation de la jambe.....	N	250
9489	291292	291303	Amputation susmalléolaire (Guyon).....	N	250
9490	291314	291325	Traitement sanglant d'une luxation d'un os du tarse..	N	200
9491	291336	291340	Traitement sanglant d'une luxation tibio-tarsienne...	N	200

9492	291351	291362	Arthrotomie d'une articulation du tarse.....	N	100
9493	291373	291384	Arthrotomie tibio-tarsienne.....	N	125
9494	291395	291406	Capsulectomie d'une articulation du tarse.....	N	150
9495	291410	291421	Capsulectomie tibio-tarsienne.....	N	200
9496	291432	291443	Synovectomie d'une articulation du tarse.....	N	150
9497	291454	291465	Synovectomie tibio-tarsienne.....	N	200
9498	291476	291480	Arthroplastie médio-tarsienne.....	N	200
9499	291491	291502	Arthroplastie tibio-tarsienne.....	N	300
9500	291513	291524	Arthrodèse médio-tarsienne.....	N	200
9501	291535	291546	Arthrodèse sous-astragalienn.....	N	250
9502	291550	291561	Arthrodèse tibio-tarsienne.....	N	300
9503	291572	291583	Arthrodèses simultanées médio-tarsienne et sous-astragalienn avec ou sans résection.....	N	400
9504	291594	291605	Arthrodèses simultanées médio-tarsienne, sous-astragalienn et tibio-tarsienne avec ou sans résection...	N	450
9505	291616	291620	Arthrorise sous-astragalienn.....	N	250
9506	291631	291642	Arthrorise tibio-tarsienne.....	N	300
9507	291653	291664	Arthrorise d'une autre articulation du tarse.....	N	200
9508	291675	291686	Résection simple d'une articulation du tarse.....	N	200
9509	291690	291701	Résection simple tibio-tarsienne.....	N	300
9510	291712	291723	Désarticulation médio-tarsienne (Chopart).....	N	250
9511	291734	291745	Désarticulation sous-astragalienn.....	N	250
9512	291756	291760	Désarticulation tibio-tarsienne (Syme).....	N	250
9513	291771	291782	Intervention sur les parties molles pour pied bot avec capsulotomies multiples.....	N	300
9514	291793	291804	Traitement sanglant d'une fracture de l'astragale....	N	250
9515	291815	291826	Traitement sanglant d'une fracture du calcanéum.....	N	300
9516	291830	291841	Traitement sanglant d'une fracture d'un autre os du tarse.....	N	200
9517	291852	291863	Ostéotomie du tarse.....	N	200
9518	291874	291885	Trépanation du tarse.....	N	125
9519	291896	291900	Curetage du tarse sous anesthésie générale.....	N	100
9520	291911	291922	Astragalectomie.....	N	250
9521	291933	291944	Enlèvement d'un autre os du tarse.....	N	150
9522	291955	291966	Tarsectomie.....	N	300
9523	291970	291981	Ablation d'une exostose sous-calcanéenne.....	N	125
9524	291992	292003	Ablation d'une exostose sus-calcanéenne.....	N	125
9525	292014	292025	Ablation d'une exostose rétro-calcanéenne.....	N	125
9526	292036	292040	Amputation intracalcanéenne (Pirogoff).....	N	250
9527	292051	292062	Traitement sanglant d'une fracture d'un métatarsien..	N	100
9528	292073	292084	Traitement sanglant d'une fracture de plusieurs métatarsiens d'un même pied.....	N	150
9529	292095	292106	Cerclage des deux premiers métatarsiens.....	N	100
9530	292110	292121	Cerclage de tous les métatarsiens.....	N	150

9531	292132	292143	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un métatarsien.....	N	125
9532	292154	292165	Ostéotomie d'un métatarsien.....	N	125
9533	292176	292180	Ostéotomie de plusieurs métatarsiens.....	N	175
9534	292191	292202	Trépanation du métatarse.....	N	100
9535	292213	292224	Curetage du métatarse sous anesthésie générale.....	N	75
9536	292235	292246	Réséction partielle d'un métatarsien.....	N	100
9537	292250	292261	Réséction partielle de plusieurs métatarsiens d'un même pied.....	N	150
9538	292272	292283	Réséction totale d'un métatarsien.....	N	125
9539	292294	292305	Réséction totale de plusieurs métatarsiens d'un même pied.....	N	200
9540	292316	292320	Métatarsectomie selon Lelièvre pour correction de pied creux.....	N	250
9541	292331	292342	Réséction-reconstruction d'un métatarsien.....	N	200
9542	292353	292364	Alignement métatarso-phalangien (intervention type Lelièvre).....	N	300
9543	292375	292386	Amputation du pied dans la continuité des métatarsiens.....	N	200
Traitement sanglant des luxations tarso-métatarsiennes :					
9544	292390	292401	Une articulation.....	N	100
9545	292412	292423	Plusieurs articulations.....	N	150
9546	292434	292445	Arthrotomie tarso-métatarsienne.....	N	75
9547	292456	292460	Capsulectomie tarso-métatarsienne (une ou plusieurs articulations).....	N	150
9548	292471	292482	Synovectomie tarso-métatarsienne (une ou plusieurs articulations).....	N	150
9549	292493	292504	Arthroplastie tarso-métatarsienne (une ou plusieurs articulations).....	N	150
9550	292515	292526	Arthrodèse de la première articulation métatarso-cunéiforme.....	N	150
9551	292530	292541	Arthrodèse tarso-métatarsienne globale avec ou sans réséction.....	N	250
9552	292552	292563	Réséction simple tarso-métatarsienne.....	N	200
9553	292574	292585	Désarticulation d'un orteil avec son métatarsien.....	N	100
9554	292596	292600	Désarticulation de plusieurs orteils d'un même pied, avec leur métatarsien.....	N	150
9555	292611	292622	Désarticulation tarso-métatarsienne (Lisfranc).....	N	200
9556	292633	292644	Traitement sanglant d'une fracture d'un orteil.....	N	75
9557	292655	292666	Traitement sanglant d'une fracture de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	125
9558	292670	292681	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'une phalange d'orteil.....	N	100
9559	292692	292703	Ostéotomie d'un orteil.....	N	100
9560	292714	292725	Ostéotomie de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9561	292736	292740	Trépanation d'une phalange d'orteil.....	N	75

9562	292751	292762	Curetage sous anesthésie générale d'une phalange d'orteil.....	N	50
9563	292773	292784	Amputation d'un orteil, quel que soit le niveau.....	N	75
9564	292795	292806	Sésamoidectomie.....	N	75
9565	292810	292821	Excision d'un scaphoïde surnuméraire.....	N	75
9566	292832	292843	Traitement sanglant d'une luxation d'un orteil.....	N	75
9567	292854	292865	Traitement sanglant d'une luxation de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	125
9568	292876	292880	Arthrotomie métatarso-phalangienne ou interphalangienne.....	N	50
9569	292891	292902	Capsulectomie métatarso-phalangienne ou interphalangienne d'un orteil.....	N	75
9570	292913	292924	Capsulectomie métatarso-phalangienne ou interphalangienne de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9571	292935	292946	Synovectomie métatarso-phalangienne ou interphalangienne d'un orteil.....	N	75
9572	292950	292961	Synovectomie métatarso-phalangienne ou interphalangienne de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9573	292972	292983	Arthroplastie interphalangienne d'un orteil.....	N	90
9574	292994	293005	Arthroplastie métatarso-phalangienne d'un orteil.....	N	100
9575	293016	293020	Arthroplastie interphalangienne de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9576	293031	293042	Arthroplastie métatarso-phalangienne de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9577	293053	293064	Arthrodèse interphalangienne d'un orteil.....	N	90
9578	293075	293086	Arthrodèse interphalangienne de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9579	293090	293101	Arthrodèse métatarso-phalangienne d'un orteil.....	N	100
9580	293112	293123	Arthrodèse métatarso-phalangienne de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9581	293134	293145	Résection interphalangienne d'un orteil.....	N	90
9582	293156	293160	Résection interphalangienne de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9583	293171	293182	Résection métatarso-phalangienne d'un orteil.....	N	100
9584	293193	293204	Résection métatarso-phalangienne de plusieurs orteils d'un même pied.....	N	150
9585	293215	293226	Désarticulation métatarso-phalangienne ou interphalangienne d'un orteil.....	N	75
Cure chirurgicale d'hallux valgus rigidus ou flexus :					
9586	293230	293241	Par résection simple de l'exostose.....	N	100
9587	293252	293263	Par ostéotomie.....	N	150
9588	293274	293285	Par arthroplastie.....	N	150
9589	293296	293300	Par arthrodèse.....	N	150
9590	293311	293322	Par plastie tendineuse.....	N	150
9591	293333	293344	Par combinaison de deux ou plusieurs des quatre techniques précédentes.....	N	250
9592	293355	293366	Cure chirurgicale d'hallux varus.....	N	150

9593	293370	293381	Cure chirurgicale de quintus varus.....	N	125
9594	293392	293403	Cure radicale d'un ongle incarné, ablation de l'ongle avec exérèse partielle ou totale de la matrice ou excision des parties molles (interventions type Vandembos et Bowers).....	N	45
9595	293414	293425	Ablation d'exostose sous-unguéale.....	N	75
2° Tendons, ligaments, bourses séreuses :					
9600	293613	293624	Section des adducteurs de la hanche.....	N	175
9601	293635	293646	Section du psoas.....	N	200
9602	293650	293661	Section des fléchisseurs de la hanche.....	N	200
9603	293672	293683	Section des rotateurs de la hanche.....	N	200
9604	293694	293705	Section d'une partie du quadriceps.....	N	200
9605	293716	293720	Section du fascia lata.....	N	100
9606	293731	293742	Section combinée des muscles de la hanche (deux incisions au moins, interventions type Voss).....	N	300
9607	293753	293764	Ténodèse pour hanche paralytique.....	N	300
9608	293775	293786	Transplantation musculo-aponévrotique pour hanche paralytique.....	N	400
9609	293790	293801	Transplantation des fessiers.....	N	300
9610	293812	293823	Transplantation des ischio-jambiers.....	N	300
9611	293834	293845	Neurolyse du nerf sciatique.....	N	300
9612	293856	293860	Neurolyse du nerf crural.....	N	250
9613	293871	293882	Neurolyse du nerf fémoro-cutané.....	N	150
9614	293893	293904	Résection de bourse sous-fessière.....	N	200
9615	293915	293926	Libération de l'appareil extenseur du genou, comprenant la désinsertion du quadriceps et l'arthrolyse du genou (interventions type R. et J. Judet et Thompson T.C.).....	N	450
9616	293930	293941	Suture du tendon quadricipital.....	N	200
9617	293952	293963	Suture du tendon rotulien.....	N	200
9618	293974	293985	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique du tendon quadricipital.....	N	300
9619	293996	294000	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique du tendon rotulien.....	N	300
9620	294011	294022	Suture du ligament interne ou externe du genou.....	N	200
9621	294033	294044	Suture du ou des ligaments croisés du genou.....	N	250
9622	294055	294066	Suture de plusieurs ligaments du genou.....	N	300
9623	294070	294081	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique du ligament interne ou externe du genou.....	N	300
9624	294092	294103	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique du ou des ligaments croisés du genou.....	N	400
9625	294114	294125	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique de plusieurs ligaments du genou.....	N	500
9626	294136	294140	Section des fléchisseurs du genou.....	N	200
9627	294151	294162	Allongement des fléchisseurs du genou.....	N	250
9628	294173	294184	Transplantation des fléchisseurs du genou.....	N	300

9629	294195	294206	Transplantation trans-rotulienne.....	N	300
9630	294210	294221	Excision du kyste de la patte d'oie.....	N	100
9631	294232	294243	Excision du kyste poplité.....	N	150
9632	294254	294265	Suture d'un tendon du pied.....	N	125
9633	294276	294280	Suture d'un tendon de cou-de-pied autre que le tendon d'Achille.....	N	125
9634	294291	294302	Suture du tendon d'Achille.....	N	200
9635	294313	294324	Raccourcissement du tendon d'Achille.....	N	200
9636	294335	294346	Allongement du tendon d'Achille.....	N	200
9637	294350	294361	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique du tendon d'Achille.....	N	250
9638	294372	294383	Ténotomie du tendon d'Achille à ciel fermé.....	N	60
9639	294394	294405	Ténotomie du tendon d'Achille à ciel ouvert.....	N	100
9640	294416	294420	Allongement ou raccourcissement d'un tendon de la jambe ou du pied.....	N	200
9641	294431	294442	Transplantation d'un tendon du pied.....	N	200
9642	294453	294464	Transplantation de plusieurs tendons du pied.....	N	300
9643	294475	294486	Suture unilatérale des ligaments du cou-de-pied.....	N	150
9644	294490	294501	Suture bilatérale des ligaments du cou-de-pied.....	N	200
9645	294512	294523	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique du ligament externe du cou-de-pied (intervention type Watson-Jones).....	N	300
9646	294534	294545	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique du ligament interne du cou-de-pied.....	N	200
9647	294556	294560	Cure chirurgicale de luxation fraîche des tendons péroniers.....	N	125
9648	294571	294582	Cure chirurgicale de luxation récidivante des tendons péroniers.....	N	250
9649	294593	294604	Aponévrotomie plantaire à ciel fermé.....	N	60
9650	294615	294626	Aponévrotomie plantaire à ciel ouvert.....	N	100
9651	294630	294641	Désinsertion de l'aponévrose plantaire (Steindler)...	N	200
9652	294652	294663	Aponévrectomie plantaire.....	N	200
9653	294674	294685	Excision d'un névrome du nerf plantaire.....	N	100
9654	294696	294700	Evidement du sinus du tarse.....	N	100
9655	294711	294722	Libération du nerf tibial postérieur.....	N	125

§ 2. Traitements non sanglants.

A. Dispositions générales.

1° Les traitements non sanglants des fractures sont divisés en deux groupes. Le critère essentiel sur lequel se base cette division est la modification de l'état anatomique qu'entraîne la réduction : une radiographie de contrôle en fournira la preuve.

Les libellés du premier groupe concernent le traitement des fractures sans réduction par appareillage orthopédique : plâtres, gouttières, attelles, bandages adhésifs ou non. Ces libellés ne peuvent être portés en compte qu'une fois par traite-

ment d'une même fracture. Ces règles s'appliquent également aux libellés repris sous le titre "Fractures avec ou sans réduction".

Les libellés du deuxième groupe concernent le traitement des fractures avec réduction; ils comprennent la mise en place des moyens de contention quel qu'en soit le type. Les traitements par traction continue peuvent être considérés comme traitements avec réduction.

A l'occasion du traitement d'une même fracture, ne peuvent être portés en compte successivement les libellés "Traitements de fractures sans réduction" et "Traitements de fractures avec réduction". La contention provisoire précédant une réduction doit être tarifée selon le n° 145250 - 145261.

2° Les traitements des luxations comprennent la contention, quel qu'en soit le type.

3° Le renouvellement sans réduction d'un plâtre au cours du traitement d'une fracture ou luxation doit être porté en compte selon les libellés prévus sous le titre "Appareils plâtrés".

4° Le remplacement de broches ou vis transosseuses au cours d'une traction continue doit être porté en compte selon le n° 280114 - 280125.

5° Les tractions continues et appareils plâtrés consécutifs à une intervention chirurgicale doivent être portés en compte à raison de 50 p.c. de la valeur indiquée sous les titres "Appareils plâtrés" et "Tractions continues".

B. Cou et tronc.

1° Traitements des fractures et luxations :

9660	295013	295024	Traitement des fractures, luxations ou luxations-fractures de la colonne vertébrale sans réduction....	N	130
9661	295035	295046	Traitement des fractures, luxations ou luxations-fractures de la colonne vertébrale avec réduction....	N	300
966	295050	295061	° Traitement des fractures d'une ou plusieurs côtes...	N	20
9663	295072	295083	° Traitement d'une fracture du sternum sans réduction.	N	20
9664	295094	295105	Traitement par traction continue d'une fracture du sternum.....	N	200
9665	295116	295120	Fractures de la cage thoracique avec volet, traitement par bandages.....	N	20
9666	295131	295142	Fractures de la cage thoracique avec volet, traitement par broche(s).....	N	125
9667	295153	295164	Fractures de la cage thoracique avec volet, traitement par traction continue.....	N	200

2° Appareils plâtrés :

9670	295315	295326	Collier.....	N	50
9671	295330	295341	Appareil cervico-thoracique (Minerve).....	N	115
9672	295352	295363	Corset Minerve.....	N	150
9673	295374	295385	Corset.....	N	115

9674	295396	295400	Corset avec épaulières moulées.....	N	115
9675	295411	295422	Coquille, lit.....	N	115
9676	295433	295444	Réduction des déviations de la colonne par corset plâtré exécuté sur cadre de redressement sous trac- tion horizontale : type Abboth, EDF ou Riser.....	N	175
			3° Tractions continues :		
9680	295610	295621	Traction continue de la colonne vertébrale par étrier crânien, à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	200
9681	295632	295643	Traction continue de la colonne vertébrale par col- lier et/ou ceinture, à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	100
			4° Manipulations :		
9685	295713	295724	Manipulations articulaires ou réduction de malforma- tions ou malpositions de la colonne sous anesthésie générale.....	N	70
			5° Prises de moulage :		
9690	295816	295820	Colonne cervicale.....	N	35
9691	295831	295842	Colonne dorsale.....	N	75
9692	295853	295864	Colonne cervico-dorsale.....	N	75
9693	295875	295886	Colonne lombaire.....	N	75
9694	295890	295901	Colonne dorso-lombaire.....	N	75
9695	295912	295923	Colonne cervico-dorso-lombaire.....	N	90
9696	295934	295945	Tête et colonne cervico-dorsale.....	N	90
9697	295956	295960	Tête et colonne cervico-dorso-lombaire.....	N	90
			C. Ceinture scapulaire et membres supérieurs.		
			1° Traitements de fractures et luxations :		
			a) Traitements des luxations :		
9700	296015	296026	°Luxation de l'épaule.....	N	90
9701	296030	296041	Luxation du coude.....	N	90
9702	296052	296063	Luxation rétrolunaire du carpe ou antérieure du semi- lunaire.....	N	150
9703	296074	296085	Luxation carpo-métacarpienne.....	N	75
9704	296096	296100	°Luxation d'un doigt.....	N	50
9705	296111	296122	°Luxation de deux ou plusieurs doigts d'une même main	N	75
9706	296133	296144	°Traitement de la pronation douloureuse.....	N	20
9707	296155	296166	°Reposition d'une luxation récidivante de l'épaule sans anesthésie générale.....	N	20
			b) Traitements des fractures avec réduction :		
9710	296214	296225	Luxation et fracture de l'épaule.....	N	225
9711	296236	296240	Fracture de la tête ou du col de l'humérus.....	N	200
9712	296251	296262	Fracture de la diaphyse de l'humérus.....	N	200

9713	296273	296284	Fracture de la palette humérale.....	N	200
9714	296295	296306	Luxation - fracture du coude.....	N	200
9715	296310	296321	Fracture de l'olécrâne.....	N	125
9716	296332	296343	Fracture de la tête ou du col du radius.....	N	125
9717	296354	296365	Fracture diaphysaire de l'avant-bras : un os.....	N	150
9718	296376	296380	Fracture diaphysaire de l'avant-bras : deux os.....	N	250
9719	296391	296402	Fracture de l'extrémité distale d'un ou des deux os de l'avant-bras.....	N	150
9720	296413	296424	Fracture du métacarpe (un ou plusieurs métacarpiens d'une même main).....	N	115
9721	296435	296446	Fracture d'un doigt.....	N	75
9722	296450	296461	Fracture de deux ou plusieurs doigts d'une même main.	N	115

c) Traitements des fractures avec ou sans réduction :

9725	296612	296623	°Fracture de la clavicule.....	N	45
9726	296634	296645	°Fracture de l'omoplate.....	N	45
9727	296656	296660	°Fracture de l'apophyse coronoïde.....	N	80
9728	296671	296682	°Fracture du carpe.....	N	65
9729	296693	296704	°Luxation acromio- ou sterno-claviculaire.....	N	45

d) Traitements des fractures sans réduction :

9735	296811	296822	°Fractures de la tête ou du col de l'humérus.....	N	100
9736	296833	296844	°Fractures de la diaphyse de l'humérus.....	N	100
9737	296855	296866	°Fractures de la palette humérale.....	N	80
9738	296870	296881	°Fractures de l'olécrâne.....	N	80
9739	296892	296903	°Fractures de la tête ou du col du radius.....	N	80
9740	296914	296925	°Fractures de la diaphyse de l'avant-bras : un ou deux os.....	N	80
9741	296936	296940	°Fractures de l'extrémité distale d'un ou des deux os de l'avant-bras.....	N	65
9742	296951	296962	°Fractures du métacarpe (un ou plusieurs métacarpiens)	N	55
9743	296973	296984	Fracture d'un doigt.....	N	30
9744	296995	297006	°Fractures de deux ou plusieurs doigts de la même main	N	40

2° Appareils plâtrés :

9750	297113	297124	°du doigt ou des doigts.....	N	20
9751	297135	297146	°du poignet et/ou de la main.....	N	40
9752	297150	297161	°de l'avant-bras.....	N	50
9753	297172	297183	°du coude.....	N	65
9754	297194	297205	°du bras.....	N	65
9755	297216	297220	thoraco-brachial.....	N	125

N.B. : Les honoraires prévus pour ces prestations ne sont pas cumulables entre eux.

3° Tractions continues :

9760	297312	297323	Traction continue du membre supérieur par matériel transosseux (humérus, olécrâne, avant-bras, métacarpe) à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	100
9761	297334	297345	Traction continue par matériel transosseux d'un doigt à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	70
9762	297356	297360	Traction continue par matériel transosseux de deux ou plusieurs doigts de la même main à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	110
9763	297371	297382	Traction continue du membre supérieur par appareil adhésif ou non à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	50

4° Manipulations :

9765	297511	297522	Manipulations articulaires ou réductions de malformations ou ostéoclasies sous narcose du membre supérieur, quel que soit le segment ou le nombre de segments.....	N	60
------	--------	--------	--	---	----

5° Prises de moulages :

9770	297614	297625	Thoraco-brachial.....	N	75
9771	297636	297640	Du membre supérieur quel que soit le segment ou le nombre de segments, à l'exclusion des prises de moulages des doigts.....	N	35
9772	297651	297662	De doigt.....	N	20
9773	297673	297684	D'un moignon du membre supérieur quel que soit le niveau de l'amputation.....	N	35

D. Ceinture pelvienne et membres inférieurs.

1° Traitements des fractures et luxations :

a) Traitements des luxations :

9780	298012	298023	Luxation de la hanche.....	N	175
9781	298034	298045	Luxation de la rotule.....	N	100
9782	298056	298060	Luxation fémoro-tibiale.....	N	110
9783	298071	298082	Luxation tibio-tarsienne.....	N	110
9784	298093	298104	Luxation du tarse ou tarso-métatarsienne.....	N	110
9785	298115	298126	°Luxation d'un orteil.....	N	25
9786	298130	298141	°Luxation de deux ou plusieurs orteils d'un même pied	N	40

b) Traitements des fractures avec réduction :

9790	298211	298222	Fracture ou luxation du bassin.....	N	250
9791	298233	298244	Luxation et fracture de la hanche.....	N	300
9792	298255	298266	Fracture du col du fémur.....	N	300
9793	298270	298281	Fracture intertrochantérienne du fémur.....	N	300
9794	298292	298303	Fracture de la diaphyse du fémur.....	N	300
9795	298314	298325	Fracture de(s) condyle(s) du fémur.....	N	300

9796	298336	298340	Fracture de la rotule.....	N	125
9797	298351	298362	Fracture du plateau tibial.....	N	200
9798	298373	298384	Fracture diaphysaire de la jambe : tibia ou les deux os.....	N	250
9799	298395	298406	Fracture du pilon tibial.....	N	200
9800	298410	298421	Fracture unimalléolaire.....	N	125
9801	298432	298443	Fracture bi- ou trimalléolaire.....	N	200
9802	298454	298465	Fracture de l'astragale.....	N	200
9803	298476	298480	Fracture du calcaneum.....	N	200
9804	298491	298502	Fracture du tarse antérieur.....	N	120
9805	298513	298524	Luxation et fracture du tarse.....	N	200
9806	298535	298546	Fracture du métatarse (un ou plusieurs métatarsiens d'un même pied).....	N	125
c) Traitements des fractures avec ou sans réduction :					
9810	298616	298620	Fracture de la tête ou de la diaphyse du péroné (avec ou sans réduction).....	N	75
9811	298631	298642	°Fracture d'un ou plusieurs orteils d'un même pied (avec ou sans réduction).....	N	40
d) Traitements des fractures sans réduction :					
9815	298712	298723	Fracture ou luxation du bassin.....	N	130
9816	298734	298745	Fracture du col du fémur.....	N	130
9817	298756	298760	Fracture intertrochantérienne du fémur.....	N	130
9818	298771	298782	Fracture de la diaphyse du fémur.....	N	130
9819	298793	298804	Fracture des condyles du fémur.....	N	130
9820	298815	298826	°Fracture de la rotule.....	N	90
9821	298830	298841	°Fracture du plateau tibial.....	N	90
9822	298852	298863	°Fracture diaphysaire de la jambe : tibia ou les deux os.....	N	90
9823	298874	298885	°Fracture du pilon tibial.....	N	80
9824	298896	298900	°Fracture unimalléolaire.....	N	80
9825	298911	298922	°Fracture bi- ou trimalléolaire.....	N	80
9826	298933	298944	°Fracture de l'astragale.....	N	80
9827	298955	298966	°Fracture du calcaneum.....	N	80
9828	298970	298981	°Fracture du tarse antérieur.....	N	80
9829	298992	299003	°Fracture du métatarse (un ou plusieurs métatarsiens d'un même pied).....	N	80
2° Appareils plâtrés :					
9840	299110	299121	Thoraco-pédieux double ou simple.....	N	150
9841	299132	299143	Pelvi-pédieux double ou simple, culotte plâtrée.....	N	115
9842	299154	299165	°Cruro-pédieux, cruro-malléolaire.....	N	75
9843	299176	299180	°Botte plâtrée ou appareil de Delbet.....	N	65

9844	299191	299202	°Cou-de-pied et pied.....	N	40
9845	299213	299224	°Botte de Unna.....	N	20
9846	299235	299246	Plâtre pour autoplastie par lambeau pédiculé immobilisant soit deux membres, soit un membre et le tronc ou la tête.....	N	125

3° Tractions continues :

9850	299316	299320	Traction continue du membre inférieur par matériel transosseux : grand trochanter, fémur, tibia, calcaneum à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	100
9851	299331	299342	Traction continue par matériel transosseux du membre inférieur, métatarses, un orteil à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	70
9852	299353	299364	Traction continue par matériel transosseux de deux ou plusieurs orteils d'un même pied, à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	110
9853	299375	299386	Traction continue du membre inférieur par appareil adhésif ou non, à l'exclusion des traitements pour fractures ou luxations.....	N	50

4° Manipulations :

9860	299515	299526	Manipulations articulaires ou réductions de malformations ou ostéoclasies sous narcose du membre inférieur, quel que soit le segment ou le nombre de segments.....	N	65
9861	299530	299541	Manipulations pour luxation congénitale de la hanche avec ou sans narcose (honoraires pour la contention non compris).....	N	130
9862	299552	299563	Manipulation pour luxation congénitale du genou ou pour pied-bot avec ou sans narcose (honoraires pour la contention non compris).....	N	100

N.B. - Les honoraires pour les prestations n°s 299530 - 299541 et 299552 - 299563 ne sont dus qu'une fois par cas.

Les manipulations ultérieures sous narcose ou les renouvellements de plâtre éventuels doivent être portés en compte par le n° 299515 - 299526 ou par les libellés prévus sous le titre "Appareils plâtrés".

5° Prises de moulages :

9870	299714	299725	Thoraco-pédieux double ou simple, pelvi-pédieux double ou simple, culotte ou bassin.....	N	75
9871	299736	299740	Du membre inférieur, quel que soit le segment ou le nombre des segments à l'exclusion des prises de moulages pour semelles orthopédiques.....	N	35
9872	299751	299762	Prise de moulage pour semelle orthopédique (un ou deux pieds).....	N	25
9873	299773	299784	Prise de moulage d'un moignon du membre inférieur, quel que soit le niveau de l'amputation.....	N	35

II. Prestations non chirurgicales.

9890	299913	299924	Biopsie osseuse à l'aiguille.....	N	15
9891	299935	299946	Biopsie osseuse à l'aiguille du corps vertébral.....	N	40
9892	299950	299961	Arthroscopie avec ou sans prélèvement biopsique.....	N	65

1) les prestations relevant de la spécialité en stomatologie (DR) :

1619	310516	310520	Incision d'abcès du plancher de la bouche.....	K	6
1629	310531	310542	Ablation d'esquilles osseuses autres que celles situées dans la région gingivo-dentaire.....	K	6
1639	310553	310564	Inclusion intra-buccale de matières plastiques ou autres.....	K	30
1649	310575	310586	Exérèse de la glande sublinguale.....	K	75
1607	310590	310601	Résection partielle de la langue pour tumeur.....	K	120
1600	310612	310623	Résection partielle de la langue plus évidemment ganglionnaire du cou.....	K	225
1669	310634	310645	Extraction de calculs salivaires par voie endobuccale.....	K	30
1679	310656	310660	Cathétérisme ou dilatation du canal de Stenon.....	K	30
1617	310671	310682	Plastique pour fistule cutanée du canal de Stenon, cure chirurgicale.....	K	120
1689	310693	310704	Cathétérisme ou dilatation du canal de Warthon.....	K	30
1627	310715	310726	Intervention chirurgicale pour grenouillette.....	K	120
1699	310730	310741	Intervention chirurgicale pour ligature de l'artère ranine.....	K	30
1605	310752	310763	Intervention chirurgicale pour fissure vélo-palatine.	K	180
1615	310774	310785	Staphyloplastie pour division incomplète du palais...	K	180
1613	310796	310800	Staphyloplastie pour division complète du palais.....	K	225
1625	310811	310822	Staphylorrhaphie pour division incomplète du palais...	K	180
1600	310833	310844	Staphylorrhaphie pour division complète du palais.....	K	225
1637	310855	310866	Plastique pour fistule cutanée d'origine dentaire, cure chirurgicale.....	K	120
1610	310870	310881	Enlèvement de fragments osseux à la suite de fracture des maxillaires.....	K	10
1633	310892	310903	Traitement par prothèse fixe ou complexe de fractures d'un os du massif osseux de la face, à l'exclusion des fractures des os du nez.....	K	225
1620	310914	310925	Traitement d'ostéite inflammatoire du maxillaire par curetage, en un ou plusieurs temps.....	K	50
1635	310936	310940	Résection du condyle du maxillaire pour réfection de la cavité articulaire.....	K	180
1645	310951	310962	Trépanation du maxillaire pour tumeur kystique ou ostéite.....	K	180
1655	310973	310984	Arrachement du nerf dentaire inférieur par trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur..	K	180
1727	310995	311006	Traitement des fractures du maxillaire inférieur et du massif facial sans ostéosynthèse.....	K	120

1647	311010	311021	Réséction partielle n'entraînant pas la discontinuité du maxillaire inférieur.....	K	120
1675	311032	311043	Réséction partielle entraînant la discontinuité du maxillaire inférieur ou réséction de la région mentonnière.....	K	180
1685	311054	311065	Traitement chirurgical par réduction sanglante ou ostéosynthèse de fracture ou luxation du maxillaire inférieur.....	K	180
1695	311076	311080	Réséction partielle du maxillaire inférieur.....	K	180
1643	311091	311102	Réséction complète du maxillaire inférieur.....	K	225
1606	311113	311124	Ostéosynthèse pour fracture du maxillaire inférieur..	K	180
1626	311135	311146	Trépanation du maxillaire supérieur pour tumeur, ostéite, séquestre ou pour recherche de corps étrangers	K	180
1636	311150	311161	Réséction sub-totale du maxillaire supérieur.....	K	180
1653	311172	311183	Réséction complète du maxillaire supérieur.....	K	225
1657	311194	311205	Neurotomie ou neurectomie aux points d'émergence sous-orbitaire, mentonnier ou auriculo-temporal.....	K	120
1665	311216	311220	Neurotomie ou neurectomie du nerf maxillaire inférieur à la base du crâne.....	K	180
1616	311231	311242	Neurotomie ou neurectomie du nerf maxillaire supérieur à la base du crâne.....	K	180
1667	311253	311264	Intervention chirurgicale sur l'articulation temporo-maxillaire.....	K	120
1677	311275	311286	Ouverture de la loge temporo-maxillaire sans plastique articulaire.....	K	120
1663	311290	311301	Ouverture de la loge temporo-maxillaire avec plastique articulaire.....	K	225
1687	311312	311323	Intervention pour tumeur du rebord alvéolo-dentaire..	K	120
1697	311334	311345	Intervention chirurgicale pour kystes paradentaires..	K	120
1608	311356	311360	Exérèse d'un kyste osseux profond et étendu de la région postérieure du massif osseux de la face.....	K	120
1618	311371	311382	Ostéotomie simple (prélèvement compris) d'un os du massif osseux de la face.....	K	120
1646	311393	311404	Ostéotomie double (prélèvement compris) d'un os du massif osseux de la face.....	K	180
1673	311415	311426	Ostéotomie avec greffe (prélèvement compris) d'un os du massif osseux de la face.....	K	225
1656	311430	311441	Ethmoïdectomie par voie externe.....	K	180
1628	311452	311463	Fermeture autoplastique d'une communication bucco-nasale ou bucco-sinusale.....	K	120
1638	311474	311485	Intervention chirurgicale pour bec-de-lièvre simple..	K	120
1666	311496	311500	Intervention chirurgicale pour bec-de-lièvre double..	K	180
1650	311511	311522	Intervention chirurgicale pour bec-de-lièvre, temps complémentaires.....	K	75
1660	311533	311544	Irrigation du sinus par voie alvéolaire.....	K	10
1648	311555	311566	Intervention chirurgicale pour sinusite par voie interne (râpage du canal naso-frontal, trépanation du sinus sphénoïde, ethmoïdectomie par voie nasale)...	K	120

1676	311570	311581	Intervention chirurgicale pour sinusite par voie externe (ethmoïdectomie, cure de sinusite frontale, cure de sinusite maxillaire Caldwell-Luc ou Denker)..	K	180
1683	311592	311603	Intervention chirurgicale pour pansinusite unilatérale y compris l'opération de Lima.....	K	225
1601	311614	311625	Intervention chirurgicale pour pansinusite bilatérale y compris l'opération de Lima.....	K	400
1670	311636	311640	Enlèvement d'une racine ou de corps étrangers dans le sinus par voie alvéolaire.....	K	75
1658	311651	311662	Enlèvement d'une racine ou de corps étrangers par la fosse canine.....	K	120
1668	311673	311684	Intervention chirurgicale pour ligature de la jugulaire.....	K	120
1680	311695	311706	Fermeture d'une fistule bucco-sinusale par avivement ou moyen médicamenteux, en un ou plusieurs temps.....	K	25
1678	311710	311721	Exérèse de la glande sous-maxillaire, de la parotide, sans dissection du nerf facial.....	K	120
1688	311732	311743	Traitement de la paralysie faciale par transposition musculaire.....	K	120
1698	311754	311765	Parotidectomie totale ou partielle sans dissection du nerf facial.....	K	120
1693	311776	311780	Parotidectomie totale avec évidement complet du cou..	K	225
1604	311791	311802	Ablation de la parotide avec dissection du nerf facial.....	K	225
1707	311813	311824	Incision et drainage d'adénophlegmon d'origine buccale.....	K	120
1690	311835	311846	Exérèse d'adénite suppurée ou d'un ganglion du cou...	K	50
1614	311850	311861	Evidement ganglionnaire unilatéral ou bilatéral du cou.....	K	225
1624	311872	311883	Intervention chirurgicale pour kyste ou tumeur profonde du cou.....	K	225
1717	311894	311905	Intervention chirurgicale pour ligature de la carotide.....	K	120
1686	311916	311920	Evidement ganglionnaire sushyoïdien unilatéral.....	K	180
1634	311931	311942	Evidement ganglionnaire sushyoïdien bilatéral.....	K	225
1750	311953	311964	**Biopsie de la langue.....	K	10
1760	311975	311986	Biopsie d'une glande salivaire.....	K	20
1757	311990	312001	Réduction sanglante d'une fracture du maxillaire supérieur ou du malaire.....	K	120
1705	312012	312023	Ostéosynthèse pour fracture du maxillaire supérieur ou du malaire.....	K	180
1715	312034	312045	Articulation temporomaxillaire : butée extra-articulaire unilatérale.....	K	180
1770	312056	312060	Réduction non sanglante de la luxation temporo-maxillaire sous anesthésie générale.....	K	20
1725	312071	312082	Pharyngoplastie (type Sanvenero-Rosselli).....	K	180
1767	312093	312104	Neurotomie ou neurectomie au niveau de l'épine de Spix.....	K	150
1644	312115	312126	Arthroplastie pour ankylose temporomaxillaire unilatérale.....	K	225

1737	312130	312141	Traitement par méthode simple de fracture d'un os du massif osseux de la face, à l'exclusion des os du nez	K	120
1696	312152	312163	Trépanation du maxillaire pour dent incluse, l'inclusion étant prouvée par radiographie préalable.....	K	130
1749	317030	317041	+ Alvéolectomie étendue à une région d'au moins 6 dents.....	K	42
1759	317052	317063	+ Traitement pour ostéite alvéolaire par curetage, en un ou plusieurs temps, justifié par une radiographie mettant en évidence une ostéolyse.....	K	62
1729	317074	317085	+ Gengivectomie étendue à une mâchoire, sur une région d'au moins 6 alvéoles.....	K	42
1789	317096	317100	+ Apectomie, y compris l'obturation définitive des canaux.....	K	58,5
1709	317111	317122	+ Exérèse de tumeurs intrabuccales bénignes.....	K	10
1739	317133	317144	+ Intervention pour épulis.....	K	10
1719	317155	317166	+ Excision de brides gingivales.....	K	35
1710	317170	317181	+ Frenectomie.....	K	42
1720	317192	317203	+ **Incision intrabuccale d'abcès d'origine dentaire.	K	10
1747	317214	317225	+ Extraction sous anesthésie générale, de 8 dents au moins, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles.....	K	125
1779	317236	317240	+ **Extraction de dent incluse.....	K	62,5
1730	317251	317262	+ Supplément pour l'extraction, sous anesthésie générale, de moins de 8 dents, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles.....	K	42
1740	317273	317284	+ Supplément pour traitement conservateur, sous anesthésie générale.....	K	42
1701	317295	317306	+ Confection et pose de prothèses radifères, prothèses obturatrices, prothèses pour fracture et ankylose, prothèses maxillo-faciales, dilatateurs, mobilisateurs : maximum.....	K	450
Traitement orthopédique maxillo-facial chez le nouveau-né :					
1781	317310	317321	+ par plaque.....	K	30
1782	317332	317343	+ par traitement, maximum.....	K	375

Art. 15. § 1er. Sont en tout cas considérées comme connexes à l'une des spécialités énumérées à l'article 14, sous a) à l), les prestations relevant des autres spécialités énumérées au même article.

§ 2. Sauf en cas de force majeure, les interventions d'une valeur égale ou supérieure à K 120 ou N 200 doivent être effectuées dans un service agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de service de diagnostic et de traitement chirurgical ou de service de maternité.

§ 3. En cas d'interventions chirurgicales multiples exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire, seule l'intervention principale est honorée.

§ 4. Lorsque, au cours d'une même séance opératoire, plusieurs interventions sont exécutées dans des champs nettement distincts, l'intervention principale est honorée à cent pour cent et la ou les autres interventions à cinquante pour cent des valeurs indiquées pour ces prestations.

Cette disposition ne s'applique ni aux prestations qui sont décrites comme nécessitant ou pouvant nécessiter le recours à plusieurs champs opératoires, ni à des techniques complémentaires que peuvent comporter certaines interventions prévues sous un énoncé général, ni à l'appendicectomie effectuée en même temps qu'une laparotomie pour une autre affection : dans tous ces cas, seule l'intervention principale est honorée.

§ 5. Si, au cours de l'évolution post-opératoire, une complication nécessite une nouvelle intervention, celle-ci est honorée à cent pour cent de sa valeur.

§ 6. Le matériel de synthèse et les bandes et autres matières plâtrées, nécessaires à certaines interventions, sont portés en compte à l'assurance et remboursés en supplément des honoraires pour ces interventions, conformément au tarif de remboursement prévu pour ce matériel de synthèse et ces bandes et autres matières plâtrées.

§ 6 bis. Les dispositions prévues à l'article 15, §§ 2, 3, 4, 5 et 6 ci-dessus sont également applicables aux prestations chirurgicales prévues par ailleurs dans la présente nomenclature.

§ 7. Toutes les demandes relatives aux prothèses radifères, prothèses obturatrices, prothèses pour fracture et ankylose, prothèses maxillo-faciales, dilatateurs, mobilisateurs, doivent être adressées au Conseil technique dentaire, par la voie de l'organisme assureur, accompagnées d'une justification et d'une estimation de leur coût; elles ne peuvent être honorées que si elles ont été autorisées par le Conseil et à concurrence du montant fixé par lui, dans les limites des valeurs fixées pour ces appareils.

§ 8. Les honoraires pour extraction de dent incluse ne sont dus que si un document radiographique, mis à la disposition du médecin-conseil, établit l'authenticité de l'inclusion.

§ 9. Les honoraires pour extraction sous anesthésie générale ne sont dus que si ces extractions ont été effectuées en milieu hospitalier et que si l'anesthésie a été pratiquée par un médecin agréé au titre de spécialiste en anesthésiologie, et à la condition que le patient soit resté hospitalisé durant vingt-quatre heures au moins et que son état général constitue une indication médicale formelle de ce mode de traitement. Les honoraires pour extractions multiples sous anesthésie générale couvrent la surveillance du patient durant les dix jours qui suivent le moment de l'intervention. Lorsqu'un patient exige ou qu'un médecin ou le praticien de l'art dentaire estime que des extractions multiples doivent être effectuées sous anesthésie générale, malgré que l'état général du patient ne constitue pas une indication formelle de ce mode de traitement, l'intervention de l'assurance dans les honoraires réclamés pour ces extractions est due sur la base des honoraires prévus pour les extractions de dents sans anesthésie générale, et pour autant que les extractions aient été effectuées en milieu hospitalier dans les conditions prévues au premier alinéa.

§ 10. Le supplément d'honoraires pour traitement conservateur effectué sous anesthésie générale n'est dû que si ce traitement est effectué en milieu hospitalier et que si l'anesthésie a été pratiquée par un médecin agréé au titre de spécialiste en anesthésiologie, et à la condition que le patient soit resté hospitalisé durant vingt-quatre heures au moins et que son état général constitue une indication médicale formelle de ce mode de traitement.

§ 11. Les honoraires pour apectomie couvrent l'acte opératoire de résection apicale et l'obturation définitive des canaux, à l'exclusion de l'obturation définitive de la couronne et de la radiographie de contrôle post-opératoire.

§ 12. L'intervention de l'assurance est limitée aux prestations prévues à l'article 14, 1), dont le numéro d'ordre est suivi du signe +, lorsqu'elles sont effectuées par un praticien de l'art dentaire dans les limites des prérogatives conférées par les diplômes légaux.

§ 13. Tout traitement orthopédique maxillo-facial chez le nouveau-né peut être fait par un médecin agréé au titre de spécialiste en stomatologie ou par tout autre praticien de l'art dentaire en collaboration avec un médecin spécialiste en chirurgie générale, en chirurgie plastique, en chirurgie infantile, en orthopédie, en pédiatrie, en oto-rhino-laryngologie ou en stomatologie.

Art. 16. § 1er. Lorsqu'un médecin spécialiste en anesthésiologie a effectivement pratiqué l'anesthésie au cours d'une intervention chirurgicale, les honoraires du médecin traitant qui a assisté à cette intervention sont fixés à :

(1)	(2)	(3)			
1501	215014	215025	°Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 225 ou N 375...	K	50
1502	215036	215040	°Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 180 ou N 300 et inférieure à K 225 ou N 375.....	K	35
1503	215051	215062	°Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 120 ou N 200 et inférieure à K 180 ou N 300.....	K	25
1504	215073	215084	°Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 et égale ou supérieure à K 30 ou N 50.....	K	10

§ 2. Lorsqu'un médecin spécialiste en anesthésiologie n'a pas pratiqué l'anesthésie au cours d'une intervention chirurgicale, les honoraires du médecin traitant qui a assisté à cette intervention et qui comprennent les honoraires pour l'anesthésie éventuelle, sont fixés à :

1511	216016	216020	°Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 225 ou N 375...	K	60
1512	216031	216042	°Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 180 ou N 300 et inférieure à K 225 ou N 375.....	K	40

- (1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
 (2) Numéro d'ordre applicable à des bénéficiaires non hospitalisés.
 (3) Numéro d'ordre applicable à des bénéficiaires hospitalisés.

1513	216053	216064	°Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie égale ou supérieure à K 120 ou N 200 et inférieure à K 180 ou N 300.....	K	30
1514	216075	216086	°Lorsque l'intervention chirurgicale est classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 et égale ou supérieure à K 30 ou N 50.....	K	12

§ 3. Dans le cas où, le médecin traitant ayant assisté à une intervention chirurgicale, un autre médecin non spécialiste en anesthésiologie a effectivement pratiqué l'anesthésie, seuls les honoraires prévus au § 2 sont dus.

§ 4. Les honoraires pour prestations chirurgicales et les honoraires pour le médecin traitant ne peuvent, en aucun cas, être cumulés par un même médecin.

§ 5. Pour l'aide opératoire au cours des prestations chirurgicales dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 120 ou N 200, les honoraires sont forfaitairement fixés à 10 p.c. de la valeur de la prestation effectuée, quelle que soit la qualification du médecin qui aide à l'intervention.

Les honoraires pour l'aide opératoire ne peuvent être remboursés ni pour les actes endoscopiques ni pour les interventions non sanglantes.

Les honoraires pour l'aide opératoire peuvent être cumulés avec les honoraires prévus aux §§ 1 et 2 du présent article.

En cas de prestations multiples effectuées en une même séance, chez un même malade, la somme des honoraires prévus pour chacune d'entre elles constitue la base sur laquelle sont déterminés les honoraires pour l'aide opératoire.

Section 6 - Radiodiagnostic.

Art. 17. § 1er. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiodiagnostic (R) :

(1)	(2)	(3)		
			1° Gynécologie-obstétrique :	
5000	450015	450026	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région pelvienne pour examen direct sans manipulation ni moyen de contraste (non cumulable avec les prestations n°s 450516 - 450520, 451010 - 451021, 451032 - 451043 et 455276 - 455280.....	N 35
5001	450030	450041	Radiopelvimétrie (non cumulable avec la prestation n° 455276 - 455280).....	N 65
5002	450052	450063	Hystérosalpingographie (hystéroggraphie), y compris l'abdomen à blanc et les clichés de contrôle tardifs éventuels.....	N 65

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

5003	450074	450085	Hystérosalpingographie (hystéroggraphie), y compris l'abdomen à blanc et les clichés de contrôle tardifs éventuels avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	90
5004	450096	450100	Mammographie par sein y compris les clichés axillaires éventuels (minimum 2 clichés).....	N	60
5008	450111	450122	Mammographie par sein, un cliché.....	N	40
5005	450133	450144	Galactophorographie et/ou kystographie mammaire y compris la ponction pour la kystographie, non compris la manipulation pour la galactophorographie.....	N	45
5006	450155	450166	Pelvigraphie gazeuse (non cumulable avec les prestations n°s 450052 - 450063 et 450074 - 450085).....	N	50
5007	450170	450181	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région pelvienne pour examen direct sans moyen de contraste effectuée lors de la même vacation que les radiographies avec moyen de contraste dans ces régions à l'exception des prestations incluant déjà ces clichés, non cumulables avec les prestations n°s 450774 - 450785, 451791 - 451802 et 455276 - 455280.....	N	20
2° Urologie :					
5010	450516	450520	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésicale pour examen direct sans manipulation ni moyens de contraste (non cumulable avec les prestations n°s 450015 - 450026, 451010 - 451021, 451032 - 451043 et 455276 - 455280).....	N	35
5011	450531	450542	Urographie intraveineuse, y compris l'examen sans préparation opaque pratiqué le même jour, minimum 4 clichés.....	N	105
5012	450553	450564	Urographie intraveineuse complète avec cystographie descendante, y compris l'examen sans préparation opaque pratiqué le même jour, minimum 6 clichés.....	N	140
5013	450575	450586	Urographie intraveineuse avec technique de perfusion ou washing out, y compris l'examen sans préparation opaque pratiqué le même jour et la cystographie descendante éventuelle, minimum 6 clichés.....	N	155
5014	450590	450601	Cystographie ascendante minimum 3 clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450612 - 450623, 450634 - 450645, 450656 - 450660, 450671 - 450682, 450693 - 450704 et 450715 - 450726).....	N	50
5015	450612	450623	Cysto-urétrographie mictionnelle et/ou urétrographie ascendante, minimum 5 clichés.....	N	60
5016	450634	450645	Cysto-urétrographie mictionnelle et/ou urétrographie ascendante avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 5 clichés.....	N	85
5017	450656	450660	Pyélographie ascendante unilatérale, y compris le cliché sans préparation opaque pratiqué le même jour.	N	65
5018	450671	450682	Pyélographie ascendante unilatérale, y compris le cliché sans préparation opaque pratiqué le même jour, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	90
5019	450693	450704	Pyélographie ascendante bilatérale en une seule séance, y compris le cliché sans préparation opaque pratiqué le même jour.....	N	90

5020	450715	450726	Pyélographie ascendante bilatérale en une seule séance, y compris le cliché sans préparation opaque pratiqué le même jour, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	115
5021	450730	450741	Déférentographie.....	N	50
5022	450752	450763	Déférentographie avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	75
5023	450774	450785	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésicale pour examen direct sans moyen de contraste effectuée lors de la même vacation que les radiographies avec moyen de contraste dans ces régions à l'exception des prestations incluant déjà ces clichés, non cumulables avec les prestations n°s 450170 - 450181, 451791 - 451802 et 455276 - 455280.....	N	20
3° Appareil digestif :					
5024	451010	451021	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésiculaire pour examen direct, sans manipulation ni moyens de contraste (non cumulable avec les prestations n°s 450015 - 450026, 450516 - 450520 et 455276 - 455280)	N	35
5031	451032	451043	Radiographie de l'abdomen pour examen direct sans manipulations ni moyens de contraste, minimum 3 clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450015 - 450026, 450516 - 450520 et 455276 - 455280).....	N	60
5032	451054	451065	Radiographie du mécanisme de déglutition pharynx-hypopharynx.....	N	60
5033	451076	451080	Radiographie du mécanisme de déglutition pharynx-hypopharynx, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés.....	N	85
5078	451091	451102	Supplément au cas où la prestation 451076 - 451080 est complétée par un enregistrement magnétique des images.....	N	25
5034	451113	451124	Radiographie de l'oesophage, minimum 6 clichés.....	N	50
5035	451135	451146	Radiographie de l'oesophage avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés.....	N	75
5036	451150	451161	Radiographie de l'estomac, minimum 2 clichés.....	N	40
5037	451172	451183	Radiographie de l'estomac avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 2 clichés.....	N	65
5038	451194	451205	Radiographie de l'estomac et du duodénum en série ou de l'estomac et/ou du jéjunum en série (chez les gastrectomisés), minimum 8 clichés.....	N	110
5039	451216	451220	Radiographie de l'estomac et du duodénum en série ou de l'estomac et/ou du jéjunum en série (chez les gastrectomisés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 8 clichés.....	N	135
5079	451231	451242	Supplément au cas où la prestation 451216 - 451220 est complétée par un enregistrement magnétique de l'image, uniquement pour les patients ayant subi une gastrectomie ou une gastro-entérostomie.....	N	25

5040	451253	451264	Duodénographie, minimum 6 clichés.....	N	55
5041	451275	451286	Duodénographie avec examen radioscopique, avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés.....	N	80
5042	451290	451301	Radiographie du transit de la région iléocoecale, minimum 4 clichés.....	N	70
5043	451312	451323	Radiographie du transit de la région iléocoecale avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 4 clichés.....	N	95
5044	451334	451345	Radiographie du transit complet du grêle, y compris la région iléocoecale et y compris le transit du côlon éventuel, minimum 10 clichés.....	N	110
5045	451356	451360	Radiographie du transit complet du grêle, y compris la région iléocoecale et y compris le transit du côlon éventuel avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 10 clichés.....	N	135
5046	451371	451382	Radiographie de l'oesophage (minimum 6 clichés), et de l'estomac (minimum 2 clichés).....	N	80
5047	451393	451404	Radiographie de l'oesophage (minimum 6 clichés), et de l'estomac (minimum 2 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	105
5048	451415	451426	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés), et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés).....	N	140
5049	451430	451441	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés), et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	165
5050	451452	451463	Radiographie de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocoecale et le côlon (minimum 6 clichés).....	N	175
5051	451474	451485	Radiographie de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocoecale et le côlon (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	200
5052	451496	451500	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés) et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocoecale et le côlon (minimum 6 clichés).....	N	205
5053	451511	451522	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés) et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés) et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocoecale et le côlon (minimum 6 clichés) avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	230
5054	451533	451544	Radiographie de la vésicule biliaire et des voies biliaires avec préparation perorale (minimum 2 clichés), (non cumulable avec les prestations n°s 450015 - 450026, 450170 - 450181, 450516 - 450520, 450774 - 450785, 451010 - 451021 et 451791 - 451802 effectuées le même jour).....	N	60

5055	451555	451566	Radiographie de la vésicule biliaire et des voies biliaires avec préparation perorale et épreuve d'évacuation de la vésicule, après repas d'épreuve, minimum 6 clichés (non cumulables avec les prestations n°s 450015 - 450026, 450170 - 450181, 450516 - 450520, 450774 - 450785, 451010 - 451021 et 451791 - 451802 effectuées le même jour).....	N	100
5056	451570	451581	Radiographie de la vésicule biliaire et/ou des voies biliaires après injection intraveineuse de produit de contraste, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour et y compris l'épreuve d'évacuation éventuelle, minimum 6 clichés.....	N	120
5057	451592	451603	Radiographie de la vésicule biliaire et/ou des voies biliaires avec technique de perfusion, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour et y compris l'épreuve d'évacuation éventuelle, minimum 6 clichés.....	N	145
5058	451614	451625	Cholangiographie postopératoire, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 6 clichés.....	N	100
5059	451636	451640	Radiographie de l'abdomen après installation d'un pneumopéritoine de diagnostic ou péritonéographie, minimum 2 clichés.....	N	50
5060	451651	451662	Radiographie de l'abdomen après rétro-pneumopéritoine, y compris l'opacification éventuelle des voies urinaires, minimum 4 clichés.....	N	85
5061	451673	451684	Splénoportographie, minimum 3 clichés.....	N	105
5062	451695	451706	Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléocoecale, par lavement baryté après remplissage, évacuation et éventuellement insufflation, minimum 4 clichés.....	N	110
5063	451710	451721	Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléocoecale, par lavement baryté après remplissage, évacuation et éventuellement insufflation, minimum 4 clichés avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	135
5064	451732	451743	Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléocoecale, par lavement baryté après remplissage, évacuation et insufflation, minimum 8 clichés.....	N	135
5065	451754	451765	Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléo-coecale, par lavement baryté après remplissage, évacuation et insufflation par la technique du double contraste, minimum 8 clichés avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	175
5066	451776	451780	Cholécysto-et/ou cholangiographie peropératoire au cours d'une intervention chirurgicale pratiquée en salle d'opération sous anesthésie générale.....	N	50
5069	451791	451802	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésiculaire pour examen direct sans moyen de contraste effectuée lors de la même vacation que les radiographies avec moyen de contraste dans ces régions à l'exception des prestations incluant déjà ces clichés, non cumulables avec les prestations n°s 450170 - 450181, 450774 - 450785 et 455276 - 455280.....	N	20

5067	451813	451824	Cholangio-Wirsungographie par fibroduodénoscopie et cathétérisme des voies pancréatico-biliaires (minimum 10 clichés).....	N	200
5068	451835	451846	Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision sans prise de clichés avec des moyens de contraste au cours des prestations n°s 473093 - 473104, 473115 - 473126, 473130 - 473141, 473152 - 473163, 473174 - 473185, 473196 - 473200, 473211 - 473222, 473432 - 473443 et 473454 - 473465, examen fait en dehors de la salle d'opération.....	N	75
5029	451850	451861	Cholangiographie percutanée, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 3 clichés, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	100

Les prestations n°s 451533 - 451544, 451555 - 451566, 451570 - 451581, 451592 - 451603 et 451614 - 451625 ne sont pas cumulables entre elles lorsqu'elles sont effectuées le même jour.

4° Système respiratoire :

5070	452690	452701	Radiographie du thorax et de son contenu, un cliché..	N	35
5071	452712	452723	Radiographie du thorax et de son contenu, minimum 2 clichés.....	N	47
5072	452734	452745	Radiographie du thorax et de son contenu, y compris éventuellement l'opacification de l'oesophage, 4 clichés du thorax en son entier au minimum.....	N	70
5073	452756	452760	Bronchographie unilatérale ou bilatérale, minimum 3 clichés.....	N	85
5074	452771	452782	Bronchographie unilatérale ou bilatérale avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 3 clichés.....	N	110
5075	452793	452804	Radiographie du larynx, avec trachée éventuellement, sans préparation opaque, minimum 2 clichés.....	N	35
5076	452815	452826	Radiographie du larynx et/ou de la trachée, avec préparation opaque, minimum 6 clichés.....	N	65
5077	452830	452841	Radiographie du larynx et/ou de la trachée, avec préparation opaque, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés.....	N	90

Les prestations n°s 452690 - 452701, 452712 - 452723 et 452734 - 452745 ne sont pas cumulables avec les prestations n°s 453014 - 453025, 453036 - 453040 et 453051 - 453062.

5° Système vasculaire :

5080	453014	453025	Radiographie du thorax et de son contenu, un cliché..	N	35
5081	453036	453040	Radiographie du thorax et de son contenu, minimum 2 clichés.....	N	47
5082	453051	453062	Radiographie du thorax et de son contenu, y compris éventuellement l'opacification de l'oesophage, 4 clichés du thorax en son entier au minimum.....	N	70
5083	453073	453084	Angiocardiopneumographie, une incidence, minimum 6 clichés.....	N	300

5084	453095	453106	Angiocardiopneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence).....	N	400
5085	453110	453121	Coronarographie, une ou deux coronaires, une incidence, minimum 6 clichés.....	N	300
5086	453132	453143	Coronarographie, une ou deux coronaires, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence).....	N	400
5087	453154	453165	Artériographie viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine.....	N	300
5088	453176	453180	Artériographie viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, première artère.....	N	300
5089	453191	453202	Artériographie viscérale multiple après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, par artère supplémentaire.....	N	75
5090	453213	453224	Artériographie viscérale multiple après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, maximum pour l'ensemble de l'examen....	N	400
5091	453235	453246	Radiographie de l'aorte thoracique et de ses branches, minimum 3 clichés.....	N	160
5092	453250	453261	Radiographie de l'aorte abdominale et de ses branches, minimum 3 clichés.....	N	160
5093	453272	453283	Radiographie de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs (minimum 6 clichés ou 3 clichés d'un mètre).....	N	275
5094	453294	453305	Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés.....	N	140
5095	453316	453320	Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum 3 clichés.....	N	160
5096	453331	453342	Phlébographie d'un membre ou d'un segment de membre, minimum 6 clichés.....	N	125
5097	453353	453364	Lymphographie pelvienne et lombo-aortique avec ou sans l'étude du canal thoracique, minimum 6 clichés (trois le premier jour, trois pour les contrôles en-dehors d'une période de trois jours après l'injection) (non cumulable avec la prestation n° 453375 - 453386)	N	200
5098	453375	453386	Lymphographie d'un membre, minimum 3 clichés.....	N	140

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les artériographies.

Les prestations n°s 453073 - 453084, 453095 - 453106, 453110 - 453121, 453132 - 453143, 453154 - 453165, 453176 - 453180, 453191 - 453202, 453213 - 453224, 453235 - 453246, 453250 - 453261, 453272 - 453283, 453294 - 453305, 453316 - 453320 comprennent les examens éventuels sans produit de contraste au cours de la même vacation.

Angiographies de soustraction digitale.

Angiographie de soustraction digitale après administration intraveineuse de produit de contraste quel

que soit le nombre d'injections de produit de contraste, quel que soit le nombre de régions ou organes explorés, y compris toutes les manipulations, avec documentation sur film transparent des images significatives :

5100	453515	453526	Avec placement d'un cathéter dans la veine cave.....	N	190
5101	453530	453541	les autres cas.....	N	140

Les prestations n°s 453515 - 453526 et 453530 - 453541 ne sont pas cumulables avec les prestations n°s 450531 - 450542, 450553 - 450564, 450575 - 450586 et 459211 - 459222, 459233 - 459244, 459255 - 459266.

Les artériographies de soustraction digitale après administration intra-artérielle locale de produit de contraste peuvent être portées en compte conformément aux prestations prévues pour les artériographies non digitales.

Pour chaque région artérielle explorée telle qu'elle est décrite dans les prestations de la nomenclature, obtenue à partir d'une administration locale séparée de produit de contraste, quel que soit le nombre d'injections de produit de contraste, le numéro de la prestation correspondante peut être porté en compte. En lieu et place du nombre de clichés requis il faut fournir, pour chaque région qui est portée en compte, une documentation sur film transparent des images significatives. Les prestations n°s 459211 - 459222, 459233 - 459244, 459255 - 459266 ne peuvent pas être portées en compte en supplément.

Traitements percutanés transluminaux

5102	453714	453725	Dilatations endovasculaires percutanées sous contrôles fluoroscopique et/ou radiographique et/ou ultrasonographique d'une ou de plusieurs sténoses et/ou occlusions artérielles ou veineuses, y compris tous les manipulations, dénudations, injections de produits de contraste, contrôles électrocardiographiques, manométries endovasculaires, y compris les clichés angiographiques accompagnant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des cathéters de dilatation, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux coronaires.....	N	600
------	--------	--------	---	---	-----

5103	453736	453740	Dilatations endovasculaires percutanées sous contrôles fluoroscopique et/ou radiographique et/ou ultrasonographique d'une ou de plusieurs sténoses et/ou occlusions artérielles ou veineuses, y compris tous les manipulations, dénudations, injections de produits de contraste, contrôles électrocardiographiques, manométries endovasculaires, y compris les clichés angiographiques accompagnant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des cathéters de dilatation, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires.....	N	600
------	--------	--------	--	---	-----

5104 453751 453762 Dilatations endovasculaires percutanées sous contrôle fluoroscopique et/ou radiographique et/ou ultrasonographique d'une ou de plusieurs sténoses et/ou occlusions artérielles ou veineuses, y compris tous les manipulations, dénudations, injections de produits de contraste, contrôles électrocardiographiques, manométries endovasculaires, y compris les clichés angiographiques accompagnant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des cathéters de dilatation, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires au cours d'une intervention chirurgicale..... N 450

La prestation n° 453751 - 453762 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 459071 - 459082 et 459115 - 459126 lors de la même séance opératoire.

5105 453773 453784 Occlusion percutanée sous contrôle fluoroscopique et/ou radiographique et/ou ultrasonographique de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques par des moyens physiques ou chimiques, y compris tous les manipulations, dénudations, injections de produits de contraste, contrôles électrocardiographiques, manométries endovasculaires, y compris les clichés angiographiques accompagnant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste..... N 450

5106 453795 453806 Introduction percutanée sous contrôle fluoroscopique et/ou radiographique et/ou ultrasonographique de cathéters endovasculaires visant la dissolution d'un ou de plusieurs caillots, y compris tous les manipulations, dénudations, injections de produits de contraste, contrôles électrocardiographiques, manométries endovasculaires, y compris les clichés angiographiques accompagnant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux coronaires..... N 450

5107 453810 453821 Introduction percutanée sous contrôle fluoroscopique et/ou radiographique et/ou ultrasonographique de cathéters endovasculaires visant la dissolution d'un ou de plusieurs caillots, y compris tous les manipulations, dénudations, injections de produits de contraste, contrôles électrocardiographiques, manométries endovasculaires, y compris les clichés angiographiques accompagnant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires..... N 300

Les prestations n°s 453714 - 453725 et 453795 - 453806 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations n°s 453736 - 453740, 453751 - 453762, 453773 - 453784 et 453810 - 453821 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations susvisées ne sont pas cumulables avec les angiographies de diagnostic ou les examens sans produit de contraste, au cours de la même vacation à l'exclusion des angiographies effectuées.

6° Neurologie :

5110	454016	454020	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés.....	N	200
5111	454031	454042	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, plus de deux incidences, minimum 8 clichés.....	N	250
5114	454053	454064	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum 3 clichés.....	N	160
5122	454075	454086	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum deux incidences différentes et 10 clichés....	N	250
5115	454090	454101	Encéphalo-cysternographie par ponction lombaire ou sous-occipitale, minimum 4 clichés.....	N	140
5116	454112	454123	Encéphalo-cysternographie par ponction lombaire ou sous-occipitale, minimum 10 clichés.....	N	225
5117	454134	454145	Ventriculographie par ponction ventriculaire directe, minimum 8 clichés.....	N	180
5118	454156	454160	Myélographie lombo-sacrée et/ou radiculo-myélographie, minimum 4 clichés.....	N	125
5119	454171	454182	Myélographie cervico-dorsale, minimum 6 clichés.....	N	165
5120	454193	454204	Myélographie cervico-dorsale, minimum 6 clichés, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	N	190
5121	454215	454226	Artériographie cervicale, non cumulable avec l'angiographie cérébrale, minimum 3 clichés.....	N	75

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les angiographies.

Les prestations n°s 454156 - 454160, 454171 - 454182 et 454193 - 454204 ne sont pas cumulables entre elles.

7° Système ostéo-articulaire :

5130	455011	455022	°Radiographie des doigts (un ou plusieurs) et/ou de la main, minimum 2 clichés.....	N	28
5131	455033	455044	°Radiographie de la main et/ou du poignet, minimum 2 clichés.....	N	28
5132	455055	455066	°Radiographie du poignet et/ou de l'avant-bras, minimum 2 clichés.....	N	28
5133	455070	455081	°Radiographie de l'avant-bras et/ou du coude, minimum 2 clichés.....	N	28
5134	455092	455103	°Radiographie du coude et/ou du bras, minimum 2 clichés.....	N	28
5135	455114	455125	°Radiographie du bras et/ou de l'épaule, minimum 2 clichés.....	N	35
5136	455136	455140	°Radiographie de l'épaule et/ou de la clavicule et/ou de l'omoplate, minimum 2 clichés.....	N	35
5137	455151	455162	°Radiographie des orteils (un ou plusieurs) et/ou du métatarse et/ou du tarse, minimum 2 clichés.....	N	28

5138	455173	455184	°Radiographie du métatarse et/ou du tarse et/ou de la cheville, minimum 2 clichés.....	N	28
5139	455195	455206	°Radiographie de la cheville et/ou de la jambe, minimum 2 clichés.....	N	28
5140	455210	455221	°Radiographie de la jambe et/ou du genou, minimum 2 clichés.....	N	28
5141	455232	455243	Radiographie du genou et/ou du fémur, minimum 2 clichés.....	N	40
5142	455254	455265	Radiographie du fémur et/ou de la hanche, minimum 2 clichés.....	N	40
5143	455276	455280	Radiographie du bassin, un cliché bassin face dans son ensemble au minimum.....	N	35
5144	455291	455302	Mensuration comparative par scanométrie ou téléradiographie des deux membres inférieurs dans leur ensemble.....	N	90
5145	455313	455324	Radiographie du gril costal (côtes et/ou sternum), 1 cliché.....	N	35
5146	455335	455346	Radiographie du gril costal (côtes et/ou sternum), 2 ou plusieurs clichés.....	N	47
5147	455350	455361	Radiographie de la colonne cervicale, y compris éventuellement la charnière occipito-cervicale, minimum deux clichés.....	N	50
5148	455372	455383	Radiographie de la colonne cervicale, y compris éventuellement la charnière occipito-cervicale, par cliché supplémentaire.....	N	10
5149	455394	455405	Radiographie de la colonne cervicale, y compris éventuellement la charnière occipito-cervicale, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	90
5150	455416	455420	Radiographie de la colonne dorsale, minimum 2 clichés	N	60
5151	455431	455442	Radiographie de la colonne dorsale, par cliché supplémentaire.....	N	15
5152	455453	455464	Radiographie de la colonne dorsale, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	90
5153	455475	455486	Radiographie de la colonne lombo-sacrée, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 2 clichés.....	N	55
5154	455490	455501	Radiographie de la colonne lombo-sacrée, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, par cliché supplémentaire.....	N	15
5155	455512	455523	Radiographie de la colonne lombo-sacrée, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	145
5156	455534	455545	Radiographie de la région sacro-coccygienne et/ou de l'articulation sacro-iliaque, minimum 2 clichés.....	N	50
5157	455556	455560	Radiographie de la région sacro-coccygienne et/ou de l'articulation sacro-iliaque, par cliché supplémentaire.....	N	10
5158	455571	455582	Radiographie de la région sacro-coccygienne et/ou de l'articulation sacro-iliaque, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	70
5159	455593	455604	Etude radiographique de la statique de la colonne vertébrale dans son ensemble, un cliché.....	N	60

5160	455615	455626	Etude radiographique de la statique de la colonne vertébrale dans son ensemble, deux ou plusieurs clichés..	N	90
5161	455630	455641	Radiographie du crâne et/ou de la face et/ou des sinus et/ou des mastoïdes et/ou des rochers et/ou des articulations temporo-maxillaires et/ou des orbites et/ou des trous optiques et/ou des fentes sphénoïdales, minimum deux clichés.....	N	55
5162	455652	455663	Idem, par cliché supplémentaire.....	N	12,5
5163	455674	455685	Idem, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	155
5164	455696	455700	Radiographie des os nasaux.....	N	28
5165	455711	455722	Arthrographie, minimum 4 clichés.....	N	60
5166	455733	455744	Arthrographie, par cliché supplémentaire.....	N	10
5167	455755	455766	Arthrographie, maximum pour l'ensemble de l'examen...	N	130

Les prestations n°s 455313 - 455324 et 455335 - 455346 ne sont pas cumulables avec les prestations n°s 452690 - 452701, 452712 - 452723, 452734 - 452745, 453014 - 453025, 453036 - 453040 et 453051 - 453062.

Les prestations n°s 455276 - 455280, 455475 - 455486, 455490 - 455501 et 455512 - 455523 ne sont pas cumulables avec les prestations n°s 455534 - 455545, 455556 - 455560 et 455571 - 455582.

8° Crâne, face : radiographies dentaires, stomatologiques, oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques spéciales :

5180	456013	456024	+ Radiographie extrabuccale d'un héli-maxillaire inférieur.....	N	28
5181	456035	456046	+ Radiographie intrabuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché.....	N	14
5182	456050	456061	+ Radiographie intrabuccale de dent ou de groupe de dents sur un même cliché : par cliché supplémentaire dans une même séance.....	N	9
5183	456072	456083	+ Radiographies intrabuccales de dent ou de groupe de dents sur un même cliché : status radiographique complet, par arcade.....	N	50
5184	456094	456105	+ Examen radiographique de toute une mâchoire ou des deux mâchoires, par cliché panoramique, quel que soit le nombre de clichés.....	N	60

Téléradiographie crânio-faciale pour orthodontie :

5185	456116	456120	+ Un cliché.....	N	40
5186	456131	456142	+ Deux clichés.....	N	55
5187	456153	456164	Examen radiographique sans préparation des glandes salivaires.....	N	28
5188	456175	456186	Sialographie.....	N	50
5189	456190	456201	Radiographie des sinus après opacification, minimum deux clichés.....	N	55
5190	456212	456223	Radiographie des voies lacrymales après opacification.....	N	40

Le status radiographique complet prévu sous le n° 456072 - 456083 doit comporter au minimum cinq prises de clichés radiographiques différentes entre elles par la localisation et l'incidence ; il couvre l'examen complet par radiographie dentaire, par arcade. La répétition de cet examen pour la même arcade dans une période d'un an est soumise à l'autorisation préalable du médecin-conseil.

Les honoraires pour les prestations n°s 456116 - 456120 et 456131 - 456142 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations n°s 455630 - 455641, 455652 - 455663 et 455674 - 455685.

Le remboursement des prestations n°s 456116 - 456120 et 456131 - 456142 est limité à une fois par an.

9° Tomographies :

5200	456514	456525	Tomographie du larynx, examen avec effacement linéaire, minimum 4 clichés.....	N	60
5201	456536	456540	Idem, par cliché supplémentaire.....	N	10
5202	456551	456562	Idem, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	110
5203	456573	456584	Tomographie du larynx, examen avec effacement non linéaire, minimum 4 clichés.....	N	80
5204	456595	456606	Idem, par cliché supplémentaire.....	N	10
5205	456610	456621	Idem, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	130
5206	456632	456643	Tomographie des poumons, par série de plans de coupe parallèles, tomographies frontales ou obliques, minimum 4 clichés.....	N	60
5207	456654	456665	Idem, par cliché supplémentaire.....	N	12,5
5208	456676	456680	Idem, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	120
5209	456691	456702	Tomographie des poumons, par série de plans de coupe parallèles, tomographies sagittales ou transversales, minimum 4 clichés.....	N	75
5210	456713	456724	Idem, par cliché supplémentaire.....	N	12,5
5211	456735	456746	Idem, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	140
5212	456750	456761	Tomographie de l'abdomen et/ou de la région rétro-péritonéale, par série de plans de coupe parallèles, minimum 4 clichés.....	N	65
5213	456772	456783	Idem, par cliché supplémentaire.....	N	12,5
5214	456794	456805	Idem, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	100
5215	456816	456820	Tomographie des os et/ou des articulations, par série de plans de coupe parallèles, examen avec effacement linéaire, minimum 4 clichés.....	N	60
5216	456831	456842	Idem, par cliché supplémentaire.....	N	12,5
5217	456853	456864	Idem, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	120
5218	456875	456886	Tomographie des os et/ou des articulations, par série de plans de coupe parallèles, examen avec effacement non linéaire, minimum 4 clichés.....	N	80
5219	456890	456901	Idem, par cliché supplémentaire.....	N	12,5
5220	456912	456923	Idem, maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	140

Si un examen avec effacement non linéaire est accompagné d'une deuxième série faite avec effacement linéaire dont les plans de coupe sont parallèles, une série seulement peut être honorée.

Pour les tomographies du larynx, seule une série peut être portée en compte, même si plusieurs séries sont exécutées.

Pour les tomographies de l'abdomen et/ou de la région rétro-péritonéale (prestations n°s 456750 - 456761, 456772 - 456783 et 456794 - 456805) seule une série peut être portée en compte, même si plusieurs séries sont exécutées.

Pour les prestations n°s 456632 - 456643, 456654 - 456665, 456676 - 456680, 456691 - 456702, 456713 - 456724, 456735 - 456746, 456816 - 456820, 456831 - 456842, 456853 - 456864, 456875 - 456886, 456890 - 456901, 456912 - 456923, une deuxième série de tomographies, suivant les mêmes plans de coupe ou dont les plans de coupe ne diffèrent pas de plus de 30° de la première série effectuée dans une même séance, ne sera honorée qu'à 50 p.c. des valeurs mentionnées.

Les séries supplémentaires à partir de la troisième, suivant les mêmes plans de coupe ou dont les plans de coupe ne diffèrent pas plus de 30° de la première série ne donnent pas lieu à honoraires.

Cette règle doit être appliquée dans les limites du groupe thorax et contenu de celui-ci (prestations n°s 456632 - 456643, 456654 - 456665, 456676 - 456680, 456691 - 456702, 456713 - 456724, 456735 - 456746).

En ce qui concerne les prestations n°s 456816 - 456820, 456831 - 456842, 456853 - 456864, 456875 - 456886, 456890 - 456901, 456912 - 456923 (groupe os et articulations), pourront être considérées comme distinctes les régions telles qu'elles sont prévues dans les libellés figurant à l'article 17, § 1, 7° (système ostéo-articulaire). En plus, peuvent être considérés comme régions distinctes le rocher droit et gauche.

La tomographie non linéaire est celle dans laquelle les deux éléments mouvants (soit tube-film, soit tube-patient, soit patient-film) effectuent, lors de l'examen un mouvement circulaire, semi-circulaire, polycyclique, sinusoidal et/ou en forme de croix.

La tomographie linéaire est celle où les éléments susmentionnés se meuvent selon une ligne droite ou courbe dans un plan se trouvant immuablement perpendiculaire au plan de section.

Pour l'application de la présente nomenclature, les zonographies et les planigraphies sont assimilées aux tomographies, avec lesquelles elles ne peuvent être cumulées.

10° Echographies, thermographies :

Ces examens requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiodiagnostic, ou, en ce qui concerne les examens connexes à leur spécialité, l'agrégation pour une autre spécialité.

5250	457015	457026	Téléthermographie par détecteur d'infra-rouge, quel que soit le nombre de clichés, avec protocole et documents.....	N	40
5300	457111	457122	Echographie avec protocole et documents : analyses monodimensionnelles, quel que soit le nombre d'échogrammes.....	N	15
Echographie bidimensionnelle.					
a) Examens du petit bassin et/ou de l'abdomen dans le cadre de la surveillance au cours d'une même grossesse.					
Echographie avec protocole et documents : analyses bidimensionnelles (avec ou sans analyses monodimensionnelles) quel que soit le nombre d'échogrammes :					
5301	457133	457144	premier examen.....	N	50
5302	457155	457166	deuxième examen.....	N	50
5303	457170	457181	examens suivants, par examen.....	N	30
b) Examens en dehors de la surveillance de la grossesse et en dehors des échocardiographies.					
1) Echographie avec protocole et clichés sur film transparent obtenus au moyen d'un ordinateur - avec ou sans analyses monodimensionnelles - quel que soit le nombre d'échogrammes :					
5310	457192	457203	Du contenu du crâne du nouveau-né.....	N	45
5311	457214	457225	D'un oeil ou des deux yeux.....	N	45
5312	457236	457240	Du cou.....	N	45
5313	457251	457262	Du thorax.....	N	45
5314	457273	457284	D'un sein ou des deux seins.....	N	45
De l'abdomen :					
5315	457295	457306	Le foie et/ou la vésicule biliaire et/ou les voies biliaires.....	N	70
5316	457310	457321	Le pancréas et/ou la rate.....	N	70
5317	457332	457343	Les reins et/ou les glandes surrénales et/ou le rétro-péritoine et/ou les vaisseaux sanguins.....	N	70
5318	457354	457365	Examen global où toutes les régions abdominales précitées sont examinées et où au moins huit coupes différentes sont documentées.....	N	85
5319	457376	457380	Du bassin masculin.....	N	60
5320	457391	457402	Du bassin féminin.....	N	60
5321	457413	457424	Du scrotum.....	N	45
5322	457435	457446	D'un membre ou de plusieurs membres.....	N	45
2) Echographie avec protocole et documents (autres que les clichés sur film transparent obtenus au moyen d'un ordinateur) avec ou sans analyses monodimensionnelles, quel que soit le nombre d'échogrammes :					
5330	457612	457623	Quelles que soient la ou les régions examinées.....	N	45

Par jour et par patient, les médecins de la même spécialité ne peuvent porter en compte qu'une seule des prestations n°s 457111 - 457122, 457133 - 457144, 457155 - 457166, 457170 - 457181, 457192 - 457203, 457214 - 457225, 457236 - 457240, 457251 - 457262, 457273 - 457284, 457295 - 457306, 457310 - 457321, 457332 - 457343, 457354 - 457365, 457376 - 457380, 457391 - 457402, 457413 - 457424, 457435 - 457446, 457612 - 457623, 476416 - 476420, 476431 - 476442, 476453 - 476464.

Les prestations n°s 457192 - 457203, 457214 - 457225, 457236 - 457240, 457251 - 457262, 457273 - 457284, 457295 - 457306, 457310 - 457321, 457332 - 457343, 457354 - 457365, 457376 - 457380, 457391 - 457402, 457413 - 457424, 457435 - 457446 ne peuvent être cumulées avec les honoraires pour la consultation du médecin qui effectue ces prestations ou d'un autre médecin de la même spécialité.

Les conditions mentionnées à l'article 17, § 12 sont également applicables aux prestations précitées, quelle que soit la qualification du médecin-spécialiste qui les a effectuées lorsqu'il ne s'agit pas de malades qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité mais de prestations prescrites par un autre médecin.

11° Manipulations :

Manipulations en vue d'une aortographie ou d'une artériographie :

5263	458010	458021	a) par ponction directe.....	K	25
5264	458032	458043	b) par placement d'un cathéter.....	K	40

Manipulations en vue d'une phlébographie :

5265	458054	458065	a) par ponction directe.....	K	7,5
5266	458076	458080	b) avec cathéter, avec ou sans dissection.....	K	25
5267	458091	458102	Manipulations en vue d'une lymphographie, par placement d'un cathéter.....	K	25

Manipulations en vue d'une sialographie :

5268	458113	458124	+ a) sans dissection.....	K	7,5
5269	458135	458146	b) avec dissection.....	K	10
5270	458150	458161	Placement de canule pour galactographie.....	K	10
5271	458172	458183	Manipulation en vue d'une radiographie du larynx avec préparation opaque.....	K	6

Cathétérisme sélectif d'une ou plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, y compris la manipulation pour l'aortographie éventuelle :

5272	458194	458205	une artère.....	K	60
5274	458216	458220	plusieurs artères.....	K	75

Les prestations n°s 458194 - 458205 et 458216 - 458220 ne sont pas cumulables avec les prestations n°s 458010 - 458021 et 458032 - 458043.

5273	458231	458242	Manipulation en vue d'une cavographie.....	K	40
------	--------	--------	--	---	----

Cathétérisme sélectif d'une ou plusieurs veines viscérales à partir de leur origine, y compris la manipulation pour cavographie éventuelle :

5275	458253	458264	une veine.....	K	60
5276	458275	458286	plusieurs veines.....	K	75

Les prestations n°s 458253 - 458264 et 458275 - 458286 ne sont pas cumulables avec la prestation n° 458231 - 458242.

5260	458290	458301	Manipulations en vue d'une cholangiographie percutanée, non cumulable avec la prestation 473395 - 473406	K	30
------	--------	--------	--	---	----

12° Tomographies par ordinateur.

5281	458614	458625	Tomographie axiale par ordinateur d'une ou plusieurs régions autres que le thorax et l'abdomen avec leur contenu; examens avec ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 4 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen.....	N	145
------	--------	--------	--	---	-----

5282	458636	458640	Tomographie axiale par ordinateur d'une ou plusieurs régions autres que le thorax et l'abdomen avec leur contenu; examens avec ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 6 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen.....	N	217
------	--------	--------	--	---	-----

5283	458651	458662	Tomographie axiale par ordinateur du thorax et/ou de l'abdomen avec leur contenu, sans et/ou avec moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 6 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen.....	N	251
------	--------	--------	---	---	-----

13° Divers :

Les examens stéréographiques, kymographiques et les radiographies de contrôle effectuées en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale sont honorés conformément aux libellés prévus pour les radiographies de la même région et augmentés des suppléments suivants :

Supplément pour examens stéréographiques :

5230	459012	459023	par paire stéréographique.....	N	15
5231	459034	459045	maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	50

Par paire, un seul cliché compte pour le calcul du nombre minimum de clichés requis par le libellé des prestations.

5232	459056	459060	Supplément pour examens kymographiques.....	N	25
5233	459071	459082	Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale.....	N	30

5234	459104	Supplément pour radiographies faites chez un patient hospitalisé sous traction continue ou sous aspiration thoracique continue ou sous surveillance telle qu'elle est décrite aux prestations 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041 et 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045.....	N	20
5235	459115	459126 Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique.....	N	40
		Lorsque plusieurs radiographies sont effectuées au cours d'une même séance, le supplément prévu au n° 459071 - 459082 ou 459104 ne peut être porté qu'une fois en compte. La prestation n° 459115 - 459126 ne peut être portée en compte qu'une fois par séance opératoire ; si des radiographies sont effectuées au cours de la même séance opératoire, la prestation n° 459115 - 459126 ne peut être portée en compte.		
5236	459130	459141 Supplément unique, quel que soit le nombre de clichés, aux prestations n°s 452690 - 452701, 452712 - 452723, 452734 - 452745, 453014 - 453025, 453036 - 453040 ou 453051 - 453062 lorsque l'examen est effectué par impulsion électronique d'un paramètre physiologique, que celui-ci suive le degré de la phase inspiratoire ou celui de la phase cardiaque.....	N	12
5237	459152	459163 Supplément unique, quel que soit le nombre de clichés, aux prestations n°s 452690 - 452701, 452712 - 452723, 452734 - 452745, 453014 - 453025, 453036 - 453040 ou 453051 - 453062 lorsque ceux-ci suivent les deux paramètres physiologiques.....	N	24
5238	459174	459185 Fistulographie, y compris la manipulation (minimum 2 clichés).....	N	50
39	459196	459200 Fistulographie, y compris la manipulation avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 2 clichés.....	N	75
		Supplément pour la méthode de soustraction lors d'une angiographie cérébrale ou viscérale, le masque et le positif y compris :		
5240	459211	459222 une sélection plus un cliché.....	N	20
5241	459233	459244 par cliché de soustraction supplémentaire.....	N	6
5242	459255	459266 maximum pour l'ensemble de l'examen.....	N	50
5243	459270	459281 Phlébographie viscérale sélective après cathétérisme d'une veine viscérale à partir de son origine.....	N	300
5244	459292	459303 Phlébographie viscérale sélective multiple après cathétérisme de plusieurs veines viscérales à partir de leur origine : lère veine.....	N	300
5245	459314	459325 Phlébographie viscérale sélective multiple après cathétérisme de plusieurs veines viscérales à partir de leur origine : par veine supplémentaire.....	N	75
5246	459336	459340 Phlébographie viscérale sélective multiple après cathétérisme de plusieurs veines viscérales à partir de leur origine : maximum pour l'ensemble de l'examen...	N	400

§ 2. - Les honoraires pour les prestations effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de spécialiste en radiodiagnostic ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade. Cela vaut pour le même malade et les médecins de la même discipline pour toutes les phases de l'acte radiologique en cours.

§ 3. - Les honoraires ne sont dus que si le médecin est physiquement présent dans le service au moment où la prestation est dispensée : cette présence implique un contrôle direct, réel et effectif des prestations.

§ 4. - a) Les manipulations spéciales nécessaires aux examens sont honorées en supplément de ces examens, conformément aux indications de la nomenclature.

b) Les honoraires comprennent les honoraires pour la prise des clichés et la rédaction des protocoles.

Ils englobent les frais en relation avec ces examens, à l'exception de la prestation n° 459115 - 459126 : radioscopie, avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique.

c) Les produits de contraste utilisés ne sont pas compris dans les honoraires à l'exception du baryum utilisé pour l'étude de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum, du grêle et du côlon.

Les produits de contraste non compris dans les honoraires peuvent être portés à charge de l'assurance, pour autant qu'ils figurent sur la liste des médicaments remboursables.

§ 5. - Chaque acte doit être accompagné d'un rapport.

§ 6. - Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une discipline autre que la radiologie sont autorisés, pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité, à porter en compte les prestations connexes à cette spécialité.

§ 7. - Les honoraires pour la prestation n° 149074 - 149085 ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour l'examen radiographique du même organe ou groupe d'organes, ni avec les examens radiographiques de l'appareil digestif.

§ 8. - Les honoraires pour les examens stéréographiques ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour les examens kymographiques ni avec les honoraires pour les tomographies.

§ 9. - Par cliché différent, il faut entendre l'image radiologique prise sous une autre incidence au cours d'un examen morphologique ou bien à un autre moment (incidence identique ou incidence différente) au cours d'un examen fonctionnel.

§ 10. - Le nombre indiqué de clichés constitue un minimum requis pour un examen valable au-dessous duquel les honoraires pour la prestation ne sont plus dus sur la base de ce numéro de la nomenclature.

Pour les prestations radiologiques dont le nombre de clichés n'est pas indiqué, les libellés signifient l'examen complet, quel que soit le nombre de clichés.

§ 11. - Les prestations radiographiques et radioscopiques sont réservées aux médecins dont les appareils et les locaux répondent aux critères de sécurité énoncés à l'arrêté royal du 28 février 1963 portant règlement général de la protection de la population et des travailleurs contre le danger des radiations ionisantes.

§ 12. - Pour pouvoir être portées en compte, les prestations effectuées par un médecin spécialiste en radio-diagnostic doivent répondre aux conditions suivantes :

1. Avoir été prescrites au patient par un médecin ayant ce patient en traitement soit dans le cadre de la médecine générale, soit dans le cadre d'une spécialité médicale à l'exclusion de la radiologie ou par un praticien de l'art dentaire ayant ce patient en traitement dans le cadre des soins dentaires.

En dérogation à cette règle générale, le médecin spécialiste en radiodiagnostic peut porter en compte des modifications apportées à la prescription originale pour autant :

- que la justification médicale de cette modification soit établie sur des bases objectives et individuelles dans chaque cas ;

- que cette justification médicale soit inscrite et figure dans la réponse ;

- que les prestations supplémentaires correspondent à cette modification de prescription et soient accompagnées sur l'attestation de soins de la mention "prestation demandée par le médecin spécialiste en radio-diagnostic".

2. La prescription des prestations ne peut être rédigée qu'après examen du patient.

3. La prescription doit comporter les indications suivantes :

- nom, prénom du patient ;

- nom, prénom, adresse, numéro d'identification du prescripteur ;

- date de la prescription et signature du prescripteur.

4. L'attestation de soins doit porter les nom, prénoms et numéro d'identification du prescripteur. Les prestations appartenant à une même prescription doivent être groupées clairement sur l'attestation de soins.

5. Les prescriptions doivent être gardées pendant deux ans par le radiologue. Elles doivent être classées par ordre chronologique sur base de la date d'exécution de la prestation. Elles sont exigibles pour vérification, même en dehors de toute enquête, par les Ordres, le Service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I., les instances judiciaires.

§ 13. - Les prestations 262216 - 262220, 261811 - 261822, 261833 - 261844, 473535 - 473546, 473550 - 473561 et 473572 - 473583 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en radiologie.

Section 7. - Radiothérapie et radiumthérapie.

Art. 18. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiothérapie et radiumthérapie (X) :

§ 1er. A. Cancers, métastases, maladie de Hodgkin, leucémie, sarcomatose, mycosis fongofde, maladie de Vaquez, cancers exceptionnellement étendus de la peau (basocellulaires térébrants et spinocellulaires très étendus), cancers des muqueuses.

I. Traitement du cancer (une ou plusieurs localisations tumorales) au moyen des hautes énergies ou de gammathérapie (bêatron, accélérateur linéaire, télécobalt).

(1)	(2)	(3)		
4500	440016	440020	Dans un service disposant et de télécobalt et d'un accélérateur et d'un simulateur et d'un système de dosimétrie avec ordinateur (min. 20 séances).....	K 960
4501	440031	440042	Dans un service disposant de télécobalt (min. 20 séances).....	K 760

Tout traitement commençant moins d'un mois après la fin du précédent est considéré comme la suite de celui-ci.

Si le nombre de séances est inférieur à vingt, les honoraires sont payés par séance, conformément aux n°s 441011 - 441022 ou 441033 - 441044.

En cas de répétition d'un traitement défini aux n°s 440016 - 440020 ou 440031 - 440042 plus d'un mois mais moins de trois mois après la fin du traitement précédent, le taux des honoraires est réduit de 50 p.c. Toutefois, en cas de traitement n'atteignant pas le nombre minimum de séances, les honoraires sont payés par séance, conformément aux taux fixés sous les n°s 441011 - 441022 ou 441033 - 441044 jusqu'à concurrence de 50 p.c. des taux forfaitaires fixés pour le traitement complet.

II. Traitements conventionnels.

4502	440215	440226	Traitement radiumthérapique.....	K 300
4503	440230	440241	Traitement d'une localisation tumorale au moyen de : techniques röntgenthérapiques, nécessitant un appareillage particulier (cyclothérapie, technique pendulaire, technique convergente rotatoire) ou techniques röntgenthérapiques classiques (20 séances minimum).....	K 500

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

4504 440252 440263 Traitement de plusieurs localisations tumorales au cours d'un même traitement au moyen de : techniques röntgenthérapiques nécessitant un appareillage particulier (cyclothérapie, technique pendulaire, technique convergente rotatoire) ou techniques röntgenthérapiques classiques (20 séances minimum).. K 600

Si le nombre de séances est inférieur à vingt, les honoraires sont payés par séance jusqu'à concurrence des forfaits prévus ; les honoraires par séance sont fixés au n° 441055 - 441066.

Tout traitement commençant moins d'un mois après la fin du précédent, est considéré comme la suite de celui-ci.

En cas de répétition d'un traitement 440215 - 440226, 440230 - 440241 ou 440252 - 440263 plus d'un mois mais moins de trois mois après la fin du traitement précédent, le taux des honoraires est réduit de 50 p.c.

Toutefois, en cas de traitement n'atteignant pas le nombre de séances défini, les honoraires sont payés par séance conformément aux taux prévus sous le n° 441055 - 441066 jusqu'à concurrence de 50 p.c. des taux fixés pour le traitement atteignant ou dépassant vingt séances.

Remarque : Les numéros qui respectivement sont applicables aux traitements par hautes énergies ou par gammathérapie, par des techniques röntgenthérapiques nécessitant un appareillage particulier ou par des techniques röntgenthérapiques classiques ne sont pas cumulables.

Les séances comportant d'autres röntgenthérapies qui éventuellement s'ajoutent à un traitement comportant moins de vingt séances de hautes énergies ou de gammathérapie, peuvent être honorées en supplément par séance, conformément aux taux fixés sous le n° 441055 - 441066 sans toutefois dépasser les valeurs maximum, prévues sous les n°s 440016 - 440020 et 440031 - 440042.

B. Epithéliomas de la peau limités à 3 cm et non térébrants, sans métastases.

4505 440414 440425 Traitement d'une ou de plusieurs localisations, quelle que soit la thérapie utilisée (radium, röntgénéthérapie ou association)..... K 200

Les taux forfaitaires prévus ci-dessus pour la röntgénéthérapie, ne sont remboursés que si le traitement est complet et atteint au moins cinq séances.

En cas de traitement incomplet, les honoraires sont payés par séance jusqu'à concurrence des forfaits prévus.

Les honoraires par séance sont fixés aux n°s 441055 - 441066, 441070 - 441081 et 441092 - 441103.

Tout traitement commençant moins d'un mois après la fin du précédent est considéré comme la suite de celui-ci.

En cas de répétition d'un traitement n° 440414 - 440425 plus d'un mois mais moins de trois mois, après la fin du traitement précédent, le taux d'honoraires est réduit de 50 p.c.

Toutefois, en cas de traitement n'atteignant pas cinq séances, les honoraires sont fixés par séance, conformément aux taux d'honoraires fixés aux n°s 441055 - 441066, 441070 - 441081 et 441092 - 441103, jusqu'à concurrence de 50 p.c. des taux forfaitaires fixés pour le traitement complet.

En l'absence de preuve photographique, tout épithélioma de la peau sans métastase est considéré comme ne dépassant pas 3 cm. La photographie, avec échelle de référence, de la lésion avant les irradiations est donc nécessaire pour obtenir le remboursement du traitement d'un épithélioma de la peau de grande dimension comme prévu au § 1er, A.

C. Affections non néoplasiques.

I. Formes tumorales profondes : tumeur bénigne de la thyroïde, de l'hypophyse, de l'utérus, des surrénales, de la moelle épinière, de l'encéphale, maladie de Basedow, angiome vertébral.

4507 440613 440624 Traitement par radium ou traitement combiné radium et röntgenthérapie..... K 300

4508 440635 440646 Traitement röntgenthérapie (minimum 12 séances)... K 300

Traitement de tumeur de l'hypophyse, de l'encéphale ou de la moelle épinière :

4506 440650 440661 au moyen de : hautes énergies ou de gammathérapie (bêtatron, accélérateur linéaire, télécobalt) dans un service disposant et de télécobalt et d'un accélérateur et d'un simulateur et d'un système de dosimétrie avec ordinateur (minimum 20 séances)..... K 960

4519 440672 440683 dans un service disposant de télécobalt (minimum 20 séances)..... K 760

4520 440694 440705 au moyen de techniques röntgenthérapiques nécessitant un appareillage particulier ou de techniques röntgenthérapiques classiques (minimum 20 séances).. K 500

Si le nombre de séances n'atteint pas le nombre minimum fixé, les honoraires sont payés par séance conformément aux n°s 441011 - 441022, 441033 - 441044 ou 441055 - 441066.

Tout traitement commençant moins d'un mois après la fin du précédent est considéré comme la suite de celui-ci.

En cas de répétition d'un traitement 440650 - 440661, 440672 - 440683, 440694 - 440705, 440613 - 440624 et 440635 - 440646, plus d'un mois mais moins de trois mois après la fin du traitement précédent, le taux de remboursement est réduit de 50 p.c.

Au cas où le traitement n'atteint pas le nombre de séances précité, les honoraires sont payés par séance, conformément aux taux prévus sous les n°s 441011 - 441022, 441033 - 441044 et 441055 - 441066 jusqu'à concurrence de 50 p.c. des taux forfaitaires fixés pour le traitement complet.

II. Autres lésions.

4509	440812	440823	Traitement radiumthérapique.....	K	150
4510	440834	440845	Traitement röntgenthérapique par rayons profonds par hautes énergies, une localisation (minimum 8 séances).....	K	200
4511	440856	440860	Traitement röntgenthérapique simultané par rayons profonds ou par hautes énergies, de plusieurs localisations (minimum 10 séances).....	K	250
4512	440871	440882	Traitement röntgenthérapique des angiomes ou autres lésions superficielles par rayons superficiels, une localisation (minimum 7 séances).....	K	105
4513	440893	440904	Traitement röntgenthérapique des angiomes ou autres lésions superficielles par rayons superficiels, plusieurs localisations (minimum 7 séances).....	K	140

a) Les prestations n°s 440834 - 440845, 440856 - 440860, 440871 - 440882, 440893 - 440904 ne peuvent être cumulées entre elles.

b) Si le nombre de séances n'atteint pas le minimum fixé à l'alinéa précédent, les honoraires sont payés par séance, conformément aux n°s 441011 - 441022, 441033 - 441044, 441055 - 441066, 441070 - 441081 ou 441092 - 441103 sans toutefois pouvoir dépasser pour l'ensemble du traitement les taux forfaitaires fixés ci-dessus.

c) En cas de répétition d'un traitement 440812 - 440823, 440834 - 440845, 440856 - 440860, 440871 - 440882 ou 440893 - 440904, les mêmes taux d'honoraires sont appliqués. Exception faite pour les angiomes, un traitement d'une même localisation ne peut être renouvelé moins de 6 mois après la fin du précédent.

D. Séances de radiothérapie pour traitements incomplets n'atteignant pas le nombre de séances tel qu'il est fixé dans les dispositions précédentes.

Hautes énergies ou gammathérapie (bêatron, accélérateur linéaire, télécobalt).

4514	441011	441022	Dans un service disposant et de télécobalt et d'un accélérateur et d'un simulateur et d'un système de dosimétrie avec ordinateur.....	K	48
4515	441033	441044	Dans un service disposant de télécobalt.....	K	38
4516	441055	441066	Séance de röntgenthérapique nécessitant un appareillage particulier (cyclothérapie, technique pendulaire ou convergente rotatoire) ou séance de röntgenthérapique profonde classique.....	K	25
4517	441070	441081	Séance de röntgenthérapique superficielle, un champ en une séance (traitements incomplets).....	K	15
4518	441092	441103	Séance de röntgenthérapique superficielle, plusieurs champs en une séance (traitements incomplets).....	K	20

E. Suppléments.

4525	441512	441523	Supplément forfaitaire par traitement 440016 - 440020, 440031 - 440042 ou 440215 - 440226 pour les préparations du traitement par simulateur, avec clichés.....	K	100
4526	441534	441545	Supplément forfaitaire par traitement 440016 - 440020, 440031 - 440042 ou 440215 - 440226 pour les simulations à l'aide de clichés effectués avec la source de cobalt, non cumulable avec la prestation n° 441512 - 441523.....	K	40
4527	441556	441560	Supplément forfaitaire par traitement 440016 - 440020, 440031 - 440042 ou 440215 - 440226 pour les dosimétries par ordinateur.....	K	121
4528	441571	441582	Supplément forfaitaire par traitement 440215 - 440226 en cas d'utilisation d'un projecteur automatique pour curiethérapie.....	K	63

§ 2. Médecine nucléaire.

A. Traitements par isotopes radioactifs.

a) Forme solide :

Ces traitements doivent être portés en compte selon les prestations n°s 440215 - 440226, 440414 - 440425, 440613 - 440624 ou 440812 - 440823.

b) Forme liquide :

4700	442013	442024	Injection(s) ou absorption(s) valable(s) pour trois mois.....	N	330
------	--------	--------	---	---	-----

Les honoraires pour cette prestation comprennent les frais de contrôle des produits et les tests d'absorption en cours de traitement.

4713	442035	442046	Application de Thorium X pour lésions cutanées (par séance)..... (jamais cumulable avec la consultation).	N	40
------	--------	--------	--	---	----

B. Tests ou dosages par produits marqués.

a)

4701	442212	442223	Test fonctionnel, circulatoire ou de dilution avec administration de produits marqués au malade, quels que soient le nombre et la complexité des examens nécessaires pour ce test (deux méthodes au moins pour la thyroïde).....	N	165
------	--------	--------	--	---	-----

4702	442234	442245	Test thyroïdien fonctionnel, circulatoire ou de dilution avec administration de produits marqués au malade, quels que soient le nombre et la complexité des examens nécessaires pour ce test : une seule méthode....	N	85
------	--------	--------	--	---	----

1° Lorsque des tests sont effectués avec des produits marqués différents pour des fonctions différentes, ces prestations peuvent être portées autant de fois en compte qu'il y a d'examen de fonctions différentes au moyen de produits marqués différents.

2° Lorsque des fonctions différentes sont examinées avec un même produit marqué, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

3° Lorsque plusieurs produits marqués servent à examiner une même fonction, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

4° Si plusieurs méthodes ou si, pour la thyroïde, plus de deux méthodes sont utilisées pour examiner une même fonction, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

b) Scintigraphies :

4703	442411	442422	Scintigraphie d'un organe, d'un système ou d'une partie du corps, autre que celles citées sous les n°s 442433 - 442444 ou 442470 - 442481.....	N	165
4704	442433	442444	Scintigraphie du cerveau nécessitant plusieurs séances de mesures réparties sur des jours différents....	N	210
4705	442455	442466	Scintigraphie du corps entier (les scintillogrammes doivent comporter la tête, le tronc, l'abdomen, les ceintures scapulaires et pelviennes au minimum).....	N	250
Scintigraphie en vue de recherche de métastases suivant dans le mois une scintigraphie de la thyroïde :					
4706	442470	442481	d'une partie du corps.....	N	85
4707	442492	442503	du corps entier (cfr prestation n° 442455 -442466)...	N	165

1° Sans préjudice des dispositions prévues par ailleurs dans la nomenclature, les honoraires pour les scintigraphies sont applicables, quel que soit le nombre de scintillogrammes ou de séances de mesure.

2° Lorsque des scintigraphies de plusieurs organes ou systèmes sont effectuées au moyen d'un même produit marqué, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

3° Lorsque plusieurs produits marqués sont utilisés pour un même organe ou système d'organes, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

4° Lorsque plusieurs produits marqués sont utilisés pour des organes ou des systèmes différents, les prestations peuvent être portées autant de fois en compte, qu'il y a d'organes ou systèmes différents examinés au moyen de produits marqués différents.

c)

4708	442610	442621	Test fonctionnel (cfr prestation n° 442212 - 442223), et scintigraphie d'un organe ou système.....	N	250
4709	442632	442643	Test thyroïdien fonctionnel (cfr prestation n° 442234 - 442245) une seule méthode, et scintigraphie de la thyroïde.....	N	165

Les honoraires pour les prestations n° 442610 - 442621 et 442639 - 442643 sont applicables aux examens fonctionnels et aux scintigraphies, soit d'un même organe ou système d'organes, quel

que soit le nombre de produits marqués utilisés, soit d'organes ou de systèmes différents au moyen d'un même produit marqué.

d) 1° Sans préjudice des dispositions énoncées ci-dessous, les honoraires pour les prestations prévues sous a), b) et c) du présent paragraphe ne peuvent être portés qu'une fois en compte, quel que soit le nombre de jours pendant lesquels s'étendent ces prestations.

2° Les honoraires pour les prestations prévues sous a), b) et c) du présent paragraphe ne peuvent à nouveau être portés en compte lors d'une nouvelle administration de produit marqué en-deans une période de 14 jours à dater de l'administration précédente, que si l'évolution de l'état de santé du malade le justifie.

3° Lors d'une épreuve de stimulation ou de freinage, les répétitions d'un test, après nouvelle administration de produit marqué donnent lieu à de nouveaux honoraires.

d bis. Prestations pouvant être effectuées par compteur de détection de la radioactivité totale du corps humain.

4900	442816	442820	Mesure de la radioactivité naturelle.....	N	143
4901	442831	442842	Calcul de la rétention corporelle de molécules marquées avec des radioisotopes, quel que soit le nombre de mesures, l'installation permettant la mesure de quantités inférieures à 0,1 uci dans un temps inférieur à 15 min.....	N	143
4902	442853	442864	Calcul de la rétention corporelle et de la distribution régionale des molécules marquées avec des radioisotopes quel que soit le nombre de mesures, l'installation permettant de déterminer une charge corporelle de 10 uci en moins de 15 min.....	N	285
4718	442912	442923	d.ter Densitométrie osseuse par source scellée externe pour l'ensemble de l'examen.....	N	85

e) Médecine nucléaire in vitro :

1° Biochimie :

A. Constituants chimiques du sang :

4720	443015	443026	Dosage d'alpha-foetoprotéine.....	B	500
4721	443030	443041	Dosage d'acide folique sérique....	B	700
4722	443052	443063	Dosage d'acide folique érythrocytaire.....	B	700
4723	443074	443085	Dosage de B ₂ microglobuline.....	B	500
4724	443096	443100	Dosage de C.E.A.....	B	740
4725	443111	443122	Dosage de ferritine.....	B	740
4726	443133	443144	Dosage de vitamine B ₁₂	B	700

B. Enzymes dans le sang :

4730	443310	443321	Dosage de trypsine.....	B	500
4731	443332	443343	Dosage spécifique de créatine kinase BB.....	B	600
4732	443354	443365	Dosage des phosphatases acides prostatiques.....	B	500

C. Urines :

4735	443612	443623	Dosage de B ₂ microglobuline.....	B	500
4736	443634	443645	Dosage de l'AMP cyclique.....	B	600
4737	443656	443660	Dosage du thromboxan B 2 chez un sujet porteur d'une greffe rénale (non cumulable avec la prestation 443612 - 443623).....	B	1100

D. Liquide amniotique :

4740	443715	443726	Dosage d'alpha-foetoprotéine.....	B	500
------	--------	--------	-----------------------------------	---	-----

E. Monitoring thérapeutique : Sang

4745	443811	443822	Dosage d'un aminoglucoside.....	B	500
4747	443833	443844	Dosage d'un ou plusieurs hétérosides cardiotoniques..	B	500
4748	443855	443866	Dosage du méthotrexate.....	B	500
4742	443870	443881	Dosage de la dexaméthasone lors de traitements inhibiteurs dans les états d'hypersecrétion hypophysaire ou surrénale.....	B	870
4743	443892	443903	Dosage de la cyclosporine A chez les patients ayant subi une transplantation d'organe ou une greffe de moelle.....	B	500
4744	443914	443925	Dosage de l'halopéridol..... La répétition de ce dosage ne peut être portée en compte qu'en cas d'une augmentation significative de la dose administrée.	B	500

Lorsque pour les prestations ci-avant, plusieurs dosages sont effectués sur des prélèvements distincts, au cours d'une même période de 24 heures, maximum trois dosages par prestation peuvent être portés en compte. Les prestations ne peuvent être portées en compte que si la connaissance du niveau sanguin est critique pour le traitement.

2° Coagulation :

4750	444010	444021	Dosage de B thromboglobuline.....	B	500
------	--------	--------	-----------------------------------	---	-----

3° Immunologie non infectieuse :

4755	445012	445023	Dosage d'anti D.N.A uniquement si la réaction d'immunofluorescence (prestation 583435 - 583446) est positive à un titre de 1/40.....	B	500
4756	445034	445045	Dosage d'anticorps anti-facteur intrinsèque.....	B	500
4757	445056	445060	Dosage d'anticorps anti-insuline.....	B	500
4758	445071	445082	Dosage d'anticorps anti-microsomes thyroïdiens.....	B	500
4759	445093	445104	Dosage d'anticorps anti-thyroglobuline.....	B	500
4760	445115	445126	Dosage de I.g.E. total.....	B	450

Détermination d'I.g.E. spécifiques (RAST) par anti-gène :

4761	445130	445141	le premier.....	B	475
4762	445152	445163	du 2e au 8e..... Plus de sept prestations 445152 - 445163 ne peuvent pas être portées en compte.	B	275

4763	445174	445185	Epreuve de culture mixte lymphocytaire en vue d'une transplantation d'organe.....	B	2862
			Test de transformation lymphoblastique, par allergène ou mitogène :		
4764	445196	445200	le premier.....	B	1140
4765	445211	445222	les suivants, chacun (maximum trois).....	B	343
4766	445233	445244	Recherche et dosage des complexes immuns circulants..	B	228
			4° Sérologie infectieuse :		
4770	446014	446025	Mise en évidence d'une infection récente par le virus de l'hépatite A au moyen de la recherche des anticorps IgM.....	B	460
			Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :		
4771	446036	446040	Par la mise en évidence de l'antigène HBs.....	B	460
4772	446051	446062	Par la mise en évidence de l'antigène HBe.....	B	460
4773	446073	446084	Par la mise en évidence de l'anticorps HBs.....	B	460
4774	446095	446106	Par la mise en évidence de l'anticorps HBe.....	B	460
4775	446110	446121	Par la mise en évidence de l'anticorps HBc.....	B	460
			Seulement trois des prestations 584533 - 584544, 584555 - 584566, 584570 - 584581, 584592 - 584603, 584614 - 584625, 584636 - 584640 et 446014 - 446025, 446036 - 446040, 446051 - 446062, 446073 - 446084, 446095 - 446106, 446110 - 446121 peuvent être portées en compte.		
			Dans les seuls cas où la prestation 584555 - 584566 ou 446036 - 446040 est positive, on peut porter en compte les prestations 584570 - 584581 et 584614 - 584625 ou 446051 - 446062 et 446095 - 446106 en supplément des trois autres prestations.		
			5° Hormonologie :		
			A. Sang :		
			a)		
4800	447016	447020	Dosage de A.C.T.H. et/ou Béta M.S.H. et/ou Béta-lipotrophine et/ou Béta-endorphine.....	B	870
4801	447031	447042	Dosage d'hormone de croissance et/ou de la somatomédine C.....	B	740
4802	447053	447064	Dosage d'hormone gonadotrope LH.....	B	700
4803	447075	447086	Dosage d'hormone gonadotrope FSH.....	B	700
4804	447090	447101	Dosage de neurophysine NHP ₁ et/ou ADH.....	B	740
4805	447112	447123	Dosage de prolactine.....	B	740
4806	447134	447145	Dosage de T.S.H.....	B	670
			b)		
4810	447311	447322	Dosage de H.P.L.....	B	700
4811	447333	447344	Dosage de H.C.G. et/ou de ses fractions.....	B	740
4812	447355	447366	Dosage de B ₁ SP glycoprotéine.....	B	740

Maximum deux des prestations 447311 - 447322, 447333 - 447344, 447355 - 447366 peuvent être portées en compte.

c)					
4815	447510	447521	Dosage de gastrine.....	B	740
4816	447532	447543	Dosage de C peptide.....	B	740
4817	447554	447565	Dosage de glucagon.....	B	870
4818	447576	447580	Dosage d'insuline.....	B	700
4819	447591	447602	Dosage du polypeptide intestinal vasoactif.....	B	740

d)					
4820	447716	447720	Dosage de rénine et/ou angiotensine I et/ou angiotensine II.....	B	870

e)					
4825	448011	448022	Dosage de T ₄ totale.....	B	450
4826	448033	448044	Dosage de T ₃ resine uptake et/ou capacité de saturation de la T.B.G.....	B	450
4827	448055	448066	Dosage de T.B.G.....	B	450
4828	448070	448081	Dosage de T ₃	B	450
4829	448092	448103	Dosage de T ₄ libre.....	B	450
4830	448114	448125	Dosage de T ₄ totale et T ₃ resine uptake (et/ou capacité de saturation de la T.B.G.).....	B	900
4831	448136	448140	Dosage de T ₄ totale et T.B.G.....	B	900
4832	448151	448162	Dosage de T ₃ et T.B.G.....	B	900
4833	448173	448184	Dosage de T ₃ et T ₃ resine uptake (et/ou capacité de saturation de la T.B.G.).....	B	900
4834	448195	448206	Dosage de T ₄ libre et T ₃	B	900
4835	448210	448221	Dosage de T ₄ totale et T ₃ resine uptake (et/ou capacité de saturation de la T.B.G.) et T ₃	B	1300
4836	448232	448243	Dosage de T ₄ totale et T.B.G. et T ₃	B	1300
4837	448254	448265	Dosage de T ₄ totale et T ₃	B	900

Les prestations 448011 - 448022, 448033 - 448044, 448055 - 448066, 448070 - 448081, 448092 - 448103, 448114 - 448125, 448136 - 448140, 448151 - 448162, 448173 - 448184, 448195 - 448206, 448210 - 448221, 448232 - 448243, 448254 - 448265 et 587672 - 587683, 587694 - 587705 et 587716 - 587720 ne sont pas cumulables entre elles.

4838	448276	448280	Dosage de thyroglobuline.....	B	500
------	--------	--------	-------------------------------	---	-----

f)					
4840	448416	448420	Dosage de parathormone.....	B	870
4841	448431	448442	Dosage de thyrocalcitonine.....	B	870
4842	448453	448464	Dosage de 25 OH et/ou de 1,25 OH vitamine D.....	B	1100

g)					
4845	448615	448626	Dosage d'oestradiol.....	B	870
4846	448630	448641	Dosage d'oestriol (non cumulable avec les prestations 448615 - 448626 et 448652 - 448663).....	B	740
4847	448652	448663	Dosage d'oestrone.....	B	870

4848	448674	448685	Dosage de progestérone.....	B	870
h)					
4850	449013	449024	Dosage de cortisol dans le sang et/ou dans la salive.	B	700
4851	449035	449046	Dosage de transcortine (et/ou capacité de liaison du cortisol).....	B	870
4852	449050	449061	Dosage de 11 désoxycortisol.....	B	1100
4853	449072	449083	Dosage de 17 OH progestérone.....	B	870
4854	449094	449105	Dosage d'androstènedione.....	B	870
4855	449116	449120	Dosage de 11 OH androstènedione.....	B	870
4856	449131	449142	Dosage de D.H.E.A. sulfate.....	B	700
4857	449153	449164	Dosage de D.H.E.A. (non cumulable avec la prestation 449131 - 449142).....	B	870
4858	449175	449186	Dosage d'aldostérone.....	B	950
4859	449190	449201	Dosage de 11 désoxycorticostérone.....	B	1100
4860	449212	449223	Dosage de 11 désoxy 18 OH corticostérone.....	B	1100
Maximum 4 des prestations 449013 - 449024, 449035 - 449046, 449050 - 449061, 449072 - 449083, 449094 - 449105, 449116 - 449120, 449131 - 449142, 449153 - 449164, 449175 - 449186, 449190 - 449201, 449212 - 449223 et 587436 - 587440 peuvent être portées en compte.					

i)					
4865	449315	449326	Dosage d'androstanédiol.....	B	1100
4866	449330	449341	Dosage de testostérone.....	B	870
4867	449352	449363	Dosage de testostérone libre.....	B	950
4868	449374	449385	Dosage de sex binding globuline (non cumulable avec la prestation 449352 - 449363).....	B	870
4869	449396	449400	Dosage de dihydrotestostérone.....	B	1100
Maximum 3 des prestations 449315 - 449326, 449330 - 449341, 449352 - 449363, 449374 - 449385, 449396 - 449400 peuvent être portées en compte.					

B. Urines :

4870	449610	449621	Dosage d'aldostérone.....	B	950
4871	449632	449643	Dosage de cortisol libre.....	B	700

La prestation 449632 - 449643 n'est pas cumulable avec la prestation 587473 - 587484.

C. Tissus :

4875	449816	449820	Dosage des récepteurs d'oestrogènes et de progestérone dans les tumeurs mammaires, quel que soit le nombre de prélèvements.....	B	2862
------	--------	--------	---	---	------

Lorsque plus de trois dosages d'une hormone sont effectués lors d'une épreuve de stimulation ou d'inhibition ou lors d'une évaluation d'un cycle nyctéméral, maximum trois dosages peuvent être portés en compte.

Art. 19 § 1er. Les honoraires de radiothérapie, radiumthérapie, et médecine nucléaire ne sont dus que si le médecin est physiquement présent dans le service au moment où la prestation est dispensée. Cette présence implique un contrôle direct, réel et effectif des prestations.

§ 2. Les honoraires pour les prestations de radiothérapie, radiumthérapie et médecine nucléaire englobent les frais en relation avec ces examens. En ce qui concerne la médecine nucléaire, les honoraires prévus pour les traitements et pour les tests par isotopes radioactifs ne comprennent pas les prix des produits utilisés, à l'exclusion des produits radioactifs utilisés pour les prestations n°s 442035 - 442046, 443015 - 443026, 443030 - 443041, 443052 - 443063, 443074 - 443085, 443096 - 443100, 443111 - 443122, 443133 - 443144, 443310 - 443321, 443332 - 443343, 443354 - 443365, 443612 - 443623, 443715 - 443726, 443811 - 443822, 443833 - 443844, 443855 - 443866, 444010 - 444021, 445012 - 445023, 445034 - 445045, 445056 - 445060, 445071 - 445082, 445093 - 445104, 445115 - 445126, 445130 - 445141, 445152 - 445163, 445174 - 445185, 445196 - 445200, 445211 - 445222, 446014 - 446025, 446036 - 446040, 446051 - 446062, 446073 - 446084, 446095 - 446106, 446110 - 446121, 447016 - 447020, 447031 - 447042, 447053 - 447064, 447075 - 447086, 447090 - 447101, 447112 - 447123, 447134 - 447145, 447311 - 447322, 447333 - 447344, 447355 - 447366, 447510 - 447521, 447532 - 447543, 447554 - 447565, 447576 - 447580, 447716 - 447720, 448011 - 448022, 448033 - 448044, 448055 - 448066, 448070 - 448081, 448092 - 448103, 448114 - 448125, 448136 - 448140, 448151 - 448162, 448173 - 448184, 448195 - 448206, 448210 - 448221, 448232 - 448243, 448254 - 448265, 448416 - 448420, 448431 - 448442, 448453 - 448464, 448615 - 448626, 448630 - 448641, 448652 - 448663, 448674 - 448685, 449013 - 449024, 449035 - 449046, 449050 - 449061, 449072 - 449083, 449094 - 449105, 449116 - 449120, 449131 - 449142, 449153 - 449164, 449175 - 449186, 449190 - 449201, 449212 - 449223, 449315 - 449326, 449330 - 449341, 449352 - 449363, 449374 - 449385, 449396 - 449400, 449610 - 449621, 449632 - 449643, 449816 - 449820.

§ 3. Les honoraires pour les prestations de radiothérapie, de radiumthérapie et pour les traitements par isotopes radioactifs ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin qu'au début et à la fin d'un traitement.

§ 4. Les prestations de radiothérapie requièrent la qualification de médecin spécialiste en radio- et radiumthérapie, à l'exception des radiothérapies superficielles prévues sous les n°s 440414 - 440425, 440871 - 440882, 440893 - 440904, 441070 - 441081 et 441092 - 441103 effectuées par des médecins spécialistes en dermatologie.

§ 5. Les prestations de radiumthérapie et de médecine nucléaire requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiothérapie et radiumthérapie ou, quant aux prestations reprises à l'article 18 § 2 - à l'exclusion de la prestation n° 442035 - 442046 - la qualification de médecin spécialiste en médecine nucléaire. Les autres médecins spécialistes peuvent porter en compte les prestations de radiumthérapie et de médecine nucléaire connexes à leur spécialité. Néanmoins, ces prestations sont réservées aux médecins et aux établissements auto-

risés à détenir et à utiliser des substances radioactives à des fins médicales conformément aux dispositions légales en la matière.

§ 6. Les honoraires pour les prestations de radiumthérapie et les traitements par isotopes radio-actifs couvrent les manipulations pour la mise en place des produits : curiepuncture, applications intra-cavitaires y compris la dilatation du col utérin, confection d'appareils moulés de surface.

Les actes chirurgicaux et anesthésiques nécessités par les applications de radium ou de radio-isotopes peuvent être portés en compte conformément aux dispositions applicables à ces disciplines.

§ 7. Les examens radiographiques effectués pour contrôler la mise en place d'appareils radifères ou pour contrôler les centrages des traitements de télé-radiothérapie peuvent être portés en compte, conformément aux dispositions applicables au radiodiagnostic, à l'exclusion des radiographies prises au moyen d'appareils de thérapie, ou d'un appareil de simulation.

§ 8. Outre le numéro d'ordre des prestations de médecine nucléaire, les types des tests et scintigraphies prévus à l'article 18, § 2, B, a), b), c) doivent être mentionnés sur les attestations de soins donnés.

Outre le numéro d'ordre des prestations de radiothérapie, doivent être mentionnés sur les attestations de soins donnés, le nombre des séances avec leurs dates respectives.

Section 8. - Médecine interne.

Art. 20. § 1er. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie interne :

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

(1)	(2)	(3)		
4002	470013	470024	Transfusion de globules blancs avec le prélèvement au donneur (échange du contenu en leucocytes de 2 l. de sang minimum).....	N 100
4006	470035	470046	Désobstruction de shunt type Scribner.....	N 20
4008	470050	470061	Réflexogramme avec graphique.....	N 8
4007	470072	470083	Placement par ponction d'un cathéter à demeure (type Tenckhoff) en vue d'une dialyse péritonéale chronique.....	N 25

Installation et surveillance d'une dialyse péritonéale, y compris les mises en place des cathéters, avec établissement du bilan hydrique pour chaque échange consigné dans le dossier (échanges de 16 litres par 24 heures au minimum ou de 400 ml. par kg. de poids par 24 heures au minimum) :

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
 (2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
 (3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

4003.	470105	pendant une même période d'hospitalisation, le premier jour.....	N	80
4004	470120	les jours suivants, par jour.....	N	60
4011	470142	Installation et surveillance d'une dialyse péritonéale, non comprises les prestations 244672 - 244683 ou 470072 - 470083, au cours de la formation d'un patient à l'autodialyse chronique par voie péritonéale (pendant un maximum de trois semaines consécutives) ou après remplacement du cathéter à demeure pour dialyse péritonéale chronique (pendant au maximum trois jours) par jour.....	N	115
4009	470164	Installation du rein artificiel.....	K	400

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

4101	471015	471026	** Mise en place d'une sonde de Metras, sous contrôle radioscopique, pour recherche cytologique ou bactériologique ou pour instillation médicamenteuse.....	K	12
4102	471030	471041	** Injection de substance de contraste pour bronchographie y compris le contrôle radioscopique.....	K	20
4104	471052	471063	Pleuroscopie, avec ou sans prélèvement biopsique....	K	50
4105	471074	471085	Pleuroscopie, avec section de brides.....	K	75
4109	471214	471225	** Ponction pleurale.....	K	10
4110	471236	471240	** Ponction évacuatrice de pleurésie, y compris les injections et lavages éventuels.....	K	18
4111	471251	471262	** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde.....	K	10
4112	471273	471284	** Spirographie avec épreuve de bronchodilatation....	K	20
4113	471295	471306	** Spirographie avec épreuve pharmaco-dynamique, de provocation, suivie ou non de bronchodilatation.....	K	35
4114	471310	471321	** Détermination du volume résiduel.....	K	40
15	471332	471343	** Détermination de l'inégalité de la ventilation, à l'exclusion de tout autre examen.....	K	40
4116	471354	471365	** Mesure de la capacité de diffusion.....	K	40
4117	471376	471380	** Etude de la mécanique ventilatoire.....	K	40
4118	471391	471402	** Ergospirométrie.....	K	60
4119	471413	471424	Bronchospérographie.....	K	60
4120	471435	471446	Biopsie pleurale à l'aiguille.....	K	20
4121	471450	471461	Ponction biopsique d'une tumeur pulmonaire.....	K	40

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

4131	471516	471520	première exsufflation.....	K	30
4132	471531	471542	les suivantes.....	K	15
4133	471553	471564	** Exsufflation de pneumothorax spontané par aspiration continue, y compris l'examen radioscopique lors de la mise en place du drain.....	K	40
4134	471575	471586	Création d'un pneumomédiastin.....	K	40

4135	471590	471601	Ponction trachéale transcutanée, avec ou sans mise en place d'un cathéter.....	K	12
4140	471715	471726	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique, et/ou bronchoscopie avec aspiration thérapeutique.....	K	57
4141	471730	471741	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions.....	K	69
4142	471752	471763	Bronchoscopie avec ponction transcarinale et contrôle radioscopique éventuel.....	K	75
4143	471774	471785	Bronchoscopie avec lavage broncho-alvéolaire (minimum 100 ml).....	K	90
4144	471796	471800	Bronchoscopie avec extraction de corps étrangers.....	K	100
4145	471811	471822	Bronchoscopie avec prélèvement de biopsies pulmonaires périphériques (soit prélèvements multiples minimum 5, soit prélèvement dirigé en cas de tumeur périphérique) y compris le contrôle radioscopique éventuel....	K	100

Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles ni avec la prestation n° 351035 - 351046.

c) les prestations relevant de la spécialité en gastro-entérologie (FH) :

4203	472010	472021	Cure chirurgicale de papillomes ou condylomes.....	K	20
4210	472032	472043	** Ponction du foie.....	K	30
4204	472054	472065	Incision de thrombose hémorroïdaire.....	K	20
4226	472076	472080	Enregistrement de la pression intra-oesophagienne simultanément sur trois niveaux au minimum, avec protocole et extrait des tracés.....	K	30
4225	472091	472102	Dilatation pneumatique de l'oesophage, par traitement.....	K	150
4224	472113	472124	Sondage à la sonde de Sengs-Take-Blackmore.....	K	40
4220	472135	472146	** Tubage intestinal, y compris la scopie.....	K	10
4205	472150	472161	Ligature d'hémorroïdes.....	K	20
4258	472172	472183	Réséction de kyste coccygien.....	K	120
4222	472194	472205	** Laparoscopie sans prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine.....	K	70
4223	472216	472220	** Laparoscopie avec prélèvement biopsique, y compris le pneumopéritoine.....	K	90
4231	472231	472242	Biopsie du duodénum ou de l'intestin grêle, par sonde, radioscopie comprise.....	K	20
4232	472253	472264	Prélèvement en vue d'un examen cytologique de cellules gastriques par méthode ou instrument abrasif ou par rinçage, radioscopie comprise.....	K	20
4211	472275	472286	** Ponction du foie pratiquée chez un enfant de moins de cinq ans.....	K	30
4212	472290	472301	** Ponction de la rate pratiquée chez un enfant de moins de cinq ans.....	K	30

Les honoraires pour les prestations n°s 472231 - 472242 et 472253 - 472264 ne peuvent être cumulés avec les honoraires fixés pour les tubages sous les n°s 112232 - 112243, 112254 - 112265, 472135 - 472146, 473351 et 473373.

4217	472312	472323	** Ponction de la rate.....	K	30
------	--------	--------	-----------------------------	---	----

4218	472334	472345	** Ponction de la rate en vue d'une splénoportographie avec manométrie.....	K	30
4200	472356	472360	Oesophagoscopie sans prélèvement biopsique.....	K	51
4201	472371	472382	Oesophagoscopie avec prélèvement biopsique et/ou ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions.....	K	60
4202	472393	472404	Extraction de corps étrangers par oesophagoscopie....	K	120
4215	472415	472426	Fibrogastrosopie et/ou fibrobulbosopie sans prélèvement biopsique.....	K	84
4216	472430	472441	Fibro-gastrosopie et/ou fibro-bulbosopie avec prélèvement biopsique et/ou ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions....	K	96
4236	472452	472463	Rectosigmoïdoscopie sans prélèvement biopsique.....	K	24
4237	472474	472485	Rectosigmoïdoscopie avec prélèvement biopsique.....	K	30
4239	472496	472500	Traitement complet par la méthode de la tresse de la fistule anale trans- ou supra-sphinctérienne, quel que soit le nombre de séances.....	K	90
4240	472511	472522	° Rectoscopie sans biopsie.....	K	12
4241	472533	472544	° Rectoscopie avec biopsie.....	K	18

Par rectoscopie, il faut entendre les examens effectués au moyen d'un rectoscope de 25 cm au moins, à l'exclusion de toute amuscopie ou ampuloscopie simple qui ne peuvent pas donner lieu à des honoraires particuliers, ceux-ci étant inclus dans les honoraires prévus pour les consultations, visites et surveillance des bénéficiaires hospitalisés.

4243	473012	473023	Enregistrement électromanométrique des pressions intra-luminaires dans le tube digestif, y compris le contrôle radioscopique avec protocole et extraits des tracés.....	K	24
Prestation non cumulable avec les prestations n°s 472076 - 472080 et 473034 - 473045.					
4244	473034	473045	Enregistrement électromanométrique de la pression dans le rectum et le canal anal simultanément à trois niveaux minimum avec protocole et extraits des tracés..	K	30
Prestation non cumulable avec les prestations n°s 472076 - 472080 et 473012 - 473023.					
4245	473056	473060	Fibroduodéoscopie (2ème et 3ème duodénum) sans prélèvement biopsique.....	K	102
4246	473071	473082	Fibro-duodéoscopie (2ème et 3ème duodénum) avec prélèvement biopsique et/ou manipulation en vue d'une cholangiowirsungographie et/ou ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions.....	K	120
4247	473093	473104	Jéjunoscopie sans prélèvement biopsique.....	K	138
4248	473115	473126	Jéjunoscopie avec prélèvement biopsique.....	K	150
4249	473130	473141	Colonoscopie gauche, c.à.d. atteignant l'angle gauche du cœlon, sans prélèvement biopsique.....	K	84

4250	473152	473163	Colonoscopie gauche, c.à.d. atteignant l'angle gauche du côlon, avec prélèvement biopsique.....	K	96
4251	473174	473185	Colonoscopie totale, c.à.d. atteignant l'angle droit du côlon ou la valvule iléocoecale, sans prélèvement biopsique.....	K	118
4252	473196	473200	Colonoscopie totale, c.à.d. atteignant l'angle droit du côlon ou la valvule iléocoecale, avec prélèvement biopsique.....	K	130
4253	473211	473222	Ablation de polypes du côlon à l'occasion d'une colonoscopie gauche ou totale.....	K	130

Les prestations n°s 472356 - 472360, 472371 - 472382, 472393 - 472404, 472415 - 472426, 472430 - 472441, 473056 - 473060, 473071 - 473082, 473093 - 473104, 473115 - 473126, 473270 - 473281, 473292 - 473303, 473314 - 473325, 473336 - 473340, 473351 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations n°s 472511 - 472522, 472533 - 472544, 472452 - 472463, 473130 - 473141, 473152 - 473163, 473174 - 473185, 473196 - 473200, 473211 - 473222, 472474 - 472485, 473432 - 473443 et 473454 - 473465 ne sont pas cumulables entre elles.

4254	473233	473244	Mesure du pH dans le tube digestif par sonde-électrode, y compris le contrôle radioscopique éventuel.....	K	18
4209	473255	473266	Test fonctionnel avec protocole en vue de diagnostiquer des affections gastro-intestinales avec administration d'isotopes stables au malade. Mesure de ceux-ci dans les produits terminaux du métabolisme au moyen d'un spectrographe de masse pour isotopes stables, quel que soit le nombre d'échantillons (minimum cinq), les produits administrés inclus.....	K	130
4259	473270	473281	Sclérose de varices oesophagiennes par voie endoscopique.....	K	90
4260	473292	473303	Mise en place d'une prothèse oesophagienne par méthode endoscopique, y compris la radioscopie éventuelle....	K	80
4261	473314	473325	Dilatation de l'oesophage sur fil guide par voie endoscopique, y compris la radioscopie éventuelle.....	K	70
4262	473336	473340	Fibro-duodénoscopie (2ème et 3ème duodénum) avec papillotomie et/ou extraction de calculs cholédociens et/ou mise en place de prothèse des voies biliaires..	K	180
4263	473351		Tubage gastrique en vue de la détermination de l'activité sécrétoire de l'estomac (prestation n° 574615 - 574626 ou 574630 - 574641) chez le patient non hospitalisé.....	K	18
4264	473373		Tubage duodéal en vue de la détermination de l'activité sécrétoire du pancréas (prestation n° 574630 - 574641) chez le patient non hospitalisé, y compris le contrôle radioscopique.....	K	24
4265	473395	473406	Cathétérisme des voies biliaires ou de la veine porte par ponction transcutanée, y compris le contrôle radioscopique.....	K	60
4266	473410	473421	Cathétérisme des veines sushépatiques, en dehors des cathétérismes cardiaques, y compris les contrôles radioscopiques et électrocardiographiques.....	K	60

4267	473432	473443	Iléoscopie sans prélèvement biopsique.....	K	138
4268	473454	473465	Iléoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions.....	K	150
4269	473476	473480	° Coagulation à l'infrarouge ou photocoagulation ou cryothérapie d'hémorroïdes, par séance.....	K	10
4270	473491	473502	Test d'hydrogène respiratoire avec six déterminations au minimum de H2 dans l'air respiratoire après administration perorale du substrat, avec protocole.....	K	60
4271	473513	473524	Enregistrement Holter durant 24 heures dans le tractus gastro-intestinal du pH et/ou la pression, avec protocole et extrait des tracés.....	K	105
4272	473535	473546	Mise en place d'une endoprothèse des voies biliaires par voie percutanée sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	K	150
4273	473550	473561	Extraction de calculs biliaires par le trajet du drain de Kehr sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	K	80
4274	473572	473583	Extraction de calculs biliaires par voie percutanée sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision.....	K	100

Les prestations 473395 - 473406, 473535 - 473546 et 473572 - 473583 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations n°s 244215 - 244226, 244252 - 244263, 244311 - 244322, 244333 - 244344, 244355 - 244366, 244370 - 244381, 244436 - 244440, 244451 - 244462, 244495 - 244506, 244510 - 244521, 244532 - 244543, 244554 - 244565, 244576 - 244580, 244591 - 244602, 244613 - 244624, 244635 - 244646 prévues au chapitre V, article 14, littera d), et 244473 - 244484 de la présente nomenclature sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en gastro-entérologie.

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

5401	474014	474025	** Ponction d'abcès froid chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	10
5402	474036	474040	** Ponction d'ascite chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	10
5403	474051	474062	** Ponction fémorale, jugulaire ou du sinus longitudinal chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	10
5404	474073	474084	** Ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique, chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	10
5405	474095	474106	** Ponction lombaire avec manométrie chez un enfant de moins de trois ans.....	K	20
5406	474110	474121	** Ponction médullaire chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	10
5407	474132	474143	** Ponction péricardique chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	10
5408	474154	474165	** Ponction pleurale chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	10

5409	474176	474180	** Ponction ventriculaire ou sous-durale avec ou sans injection chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	10
5410	474191	474202	Ponction artérielle ou veineuse, après dénudation du vaisseau, chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	12
5411	474213	474224	** Ponction évacuatrice de plèvre ou du péritoine, avec ou sans lavage, avec ou sans injection, chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	18
5412	474235	474246	** Ponction sous-occipitale ou cervicale, avec ou sans injection médicamenteuse chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	24
5413	474250	474261	** Tubage gastrique chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	8
5414	474272	474283	** Tubage duodéal chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	15
5415	474294	474305	** Transfusion ou perfusion intraveineuse chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	15
5416	474316	474320	Perfusion épicroténienne chez l'enfant de moins de trois ans.....	K	12
5417	474331	474342	Exsanguinotransfusion.....	K	130
5418	474353	474364	** Rectoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'enfant de moins de 7 ans.....	K	30
5419	474375	474386	** Manipulation en vue d'une bronchographie chez l'enfant de moins de 7 ans.....	K	20
5420	474390	474401	Intubation trachéale sous laryngoscopie directe (en dehors de la narcose) chez le nouveau-né (jusqu'à l'âge de 15 jours), y compris la respiration artificielle éventuelle d'une durée ne dépassant pas une heure (non cumulable avec les prestations n°s 211013 - 211024 et 211035 - 211046 du chapitre réanimation). .	K	51
5421	474412	474423	Manipulation en vue d'une myélographie chez l'enfant jusqu'à l'âge de 7 ans.....	K	24
5422	474434	474445	Manipulation en vue d'une encéphalographie gazeuse fractionnée ou non chez l'enfant jusqu'à l'âge de 7 ans.....	K	27
5423	474456	474460	Mise en place d'un cathéter ombilical chez le nouveau-né en dehors de la narcose, non cumulable avec l'exsanguinotransfusion.....	K	18
5424	474471	474482	** Ponction rénale en vue d'un examen anatomo-pathologique ou d'un cytodiagnostics de la substance prélevée pratiquée chez un enfant de moins de 5 ans.....	K	30
5425	474493	474504	Biopsies du duodénum et/ou de l'intestin grêle par sonde, radioscopie comprise, chez un enfant de moins de trois ans.....	K	50
5426	474515	474526	Présence effective dans la salle d'accouchement à la fin du travail et au moment de l'expulsion et prise en charge du nouveau-né (ou des nouveau-nés) avec détermination de l'indice Apgar à la première et à la cinquième minute après la naissance, par un médecin spécialiste en pédiatrie.....	K	35

Cette prestation ne peut être portée en compte qu'en cas :

1. de signes de détresse foetale objectivée par l'enregistrement du monitoring foetal ou par le pH du scalp ;

- 2. de prématurité de moins de 36 semaines ;
- 3. d'un Apgar de 6 ou moins à la première ou cinquième minute après la naissance.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 474250 - 474261.

5427	474530	474541	Polygraphie de neuro-diagnostic faite pendant la première année de vie, avec enregistrement simultané et continu, pendant au moins deux heures, de minimum 6 dérivations (telles que fréquence cardiaque, mouvements et fréquence respiratoires, E.M.G., E.O.G., E.E.G., pression et/ou pH oesophagien ou autres paramètres) avec protocole et extraits de tracés.....	K	65
Examen polysomnographique d'une durée minimum de six heures avec protocole et extraits des tracés :					
5428	474552	474563	Enregistrement continu et simultané de minimum 6 dérivations dont au moins le rythme cardiaque, deux paramètres respiratoires et l'oxymétrie continue.....	K	180
5429	474574	474585	Enregistrement continu et simultané de minimum 8 dérivations dont au moins l'E.E.G., l'E.O.G., l'E.C.G., l'oxymétrie continue et deux paramètres respiratoires.....	K	260

Les prestations 474530 - 474541, 474552 - 474563 et 474574 - 474585 ne sont pas cumulables avec les prestations 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126. Pendant une même période d'hospitalisation, une seule des prestations 474541, 474563, 474585, 477385 et 477400 peut être portée en compte ; la répétition d'une de ces prestations ne peut être portée en compte qu'après une période de deux mois.

e) les prestations relevant de la spécialité en cardiologie (FL) :

5501	475016	475020	** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle électrocardiographique pendant l'intervention.....	K	50
5502	475031	475042	* Enregistrements mécanique, graphique ou électrique d'un phénomène pulsatile d'origine cardiaque (pouls artériel ou veineux, apexogramme, pléthysmogramme, etc.), avec protocole.....	K	10
5503	475053	475064	* Enregistrement oscillographique des membres, avec protocole et graphique.....	K	10
5504	475075	475086	* Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum.....	K	25
5505	475090		* Examens électrocardiographiques à domicile, avec protocole.....	K	40
5506	475112	475123	* Balistogramme, avec électrocardiogramme ou mécanogramme de référence, avec protocole.....	K	25
5510	475311	475322	* Vectocardiogramme.....	K	30
5511	475333	475344	* Electro-kymogramme avec protocole.....	K	30

Manipulations en vue d'une aortographie ou d'une artériographie :

5515	475355	475366	a) par ponction directe.....	K	25
5516	475370	475381	b) par placement d'un cathéter.....	K	40

Manipulations en vue d'une phlébographie :

5517	475392	475403	a) par ponction directe.....	K	7,5
5518	475414	475425	b) avec cathéter, avec ou sans dissection.....	K	25
5519	475436	475440	Manipulations en vue d'une lymphographie, par placement d'un cathéter.....	K	25
5520	475451	475462	* Enregistrements mécanique, graphique ou électrique d'un phénomène pulsatile d'origine cardiaque, avec protocole, maximum pour l'ensemble des enregistrements.....	K	12

* Epreuve d'effort ou d'hypoxie, suivie de contrôles électrocardiographiques (quatre dérivations au moins), avec protocole :

5521	475473	475484	Suivie d'un contrôle.....	K	10
5522	475495	475506	Suivie de deux contrôles.....	K	20
5523	475510	475521	Suivie de plus de deux contrôles, maximum.....	K	25
5524	475532	475543	* Epreuve pharmacodynamique, suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole.....	K	25

* Phonocardiogramme avec électrocardiogramme ou mécanogramme de référence, avec protocole :

5525	475554	475565	- par bande de fréquence ou foyer d'examen.....	K	10
5526	475576	475580	- maximum pour l'ensemble des bandes de fréquence ou foyers d'examen.....	K	25
5527	475591	475602	Manipulation en vue d'une cavographie.....	K	40
5528	475613	475624	Manipulation en vue d'une coronarographie sélective..	K	75
5532	475635	475646	Contrôle de validité d'un stimulateur cardiaque implanté par photo-analyse du stimulus.....	K	27
5533	475650	475661	Enregistrement graphique de phénomènes circulatoires (artériels et/ou veineux) sur base de l'effet Doppler, examen bilatéral et à deux niveaux minimum, en dehors des prestations chirurgicales, avec protocole et extraits des dopplerogrammes.....	K	18

Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la fonction cardiaque.

Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux, y compris éventuellement les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiants avec ou sans épreuve d'effort ou épreuve pharmacodynamique, avec protocole et tracés (non cumulables avec la consultation) :

5540	476011	476022	par voie veineuse.....	K	80
5541	476033	476044	par voie veineuse avec ponction transseptale.....	K	134
5542	476055	476066	par voie artérielle.....	K	134

5543	476070	476081	par voies veineuse et artérielle combinées.....	K	178
5544	476092	476103	Cathétérisme cardiaque avec enregistrement d'un E.C.G. du faisceau de His, un E.C.G. intra-auriculaire, un E.C.G. intra-ventriculaire, avec stimulation auriculaire et ventriculaire à différentes fréquences, mesure du temps de récupération de la fonction sinusale y compris éventuellement les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électro-cardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiants avec protocole et tracés (non cumulable avec la consultation et les autres cathétérismes cardiaques).....	K	262
Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les courbes de dilution de colorant et calcul des temps circulatoires :					
5	476114	476125	au repos, deux déterminations séparées au minimum....	K	60
5546	476136	476140	deux déterminations séparées au repos et trois déterminations à l'effort au minimum.....	K	99
5547	476151	476162	Calcul au moyen d'un ordinateur de paramètres de la fonction ventriculaire gauche à partir de pressions physiologiques haute fidélité mesurées par cathéters manométriques : vitesse maximale d'augmentation de la pression ventriculaire gauche et/ou indices de contractilité isovolumétrique, avec protocole.....	K	44
5548	476173	476184	Analyse quantitative au moyen d'un ordinateur de ventriculogramme avec au moins le calcul du volume systolique final, du volume diastolique final et de la fraction d'éjection, deux mesures au minimum, avec protocole... ..	K	61
5549	476195	476206	Cathétérismes cardiaques en vue d'angiocardigraphies et/ou angio-pneumographes y compris la dénudation, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques éventuels (non cumulable avec la consultation).....	K	60
Monitoring de Holter :					
5534	476210	476221	Enregistrement électrocardiographique continu pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable à bande magnétique (technique de Holter) y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil avec protocole et extraits des tracés.....	K	105
5535	476232	476243	Répétition dans le délai d'un an de la prestation n° 476210 - 476221.....	K	105

L'intervention de l'assurance n'est due pour la prestation n° 476232 - 476243 qu'après autorisation du médecin-conseil.

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

Echocardiographie avec protocole et documents, quel que soit le nombre d'échogrammes, y compris l'électrocardiogramme de référence ou le phonocardiogramme de référence :

5550	476416	476420	Analyses monodimensionnelles avec enregistrement T.M.....	K	27
5551	476431	476442	Analyses bidimensionnelles.....	K	33
5552	476453	476464	Analyses monodimensionnelles avec enregistrement T.M. et analyses bidimensionnelles.....	K	51
5553	476475	476486	Prestation 475650 - 475661 effectuée en association avec une échographie bidimensionnelle du coeur ou des vaisseaux sanguins.....	K	12

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

5602	477013	477024	* Mesure de la chronaxie simple, une région, avec rapport.....	K	20
5603	477035	477046	* Mesure de la chronaxie multiple, plusieurs régions, avec rapport.....	K	40
5604		477061	Convulsivothérapie par procédé chimique ou physique, y compris le coma insulinique - la thérapeutique devant être réellement convulsivante - électro-narcose, par séance (hospitalisation obligatoire pendant toute la durée du traitement).....	K	17

Les honoraires pour traitement par convulsivothérapie ne sont dus, sans accord préalable du médecin-conseil, que pour dix séances.

L'autorisation préalable du médecin-conseil est requise pour la prolongation du traitement.

5605	477072	477083	* Electrodiagnostic simple, une région, avec rapport..	K	8
5606	477094	477105	* Electrodiagnostic multiple, plusieurs régions, avec rapport.....	K	20
5607	477116	477120	* Electromyographie.....	K	70
5608	477131	477142	* Examen électro-encéphalographique, avec rapport, 6 dérivations électroencéphalographiques simultanées au minimum.....	K	65
5609	477153	477164	* Examen complet psychosomatique ou neurologique ou neuropsychiatrique avec ou sans narco-analyse, avec rapport.....	K	20

Cette prestation ne peut être portée en compte qu'une seule fois par hospitalisation.

5610	477175	477186	* Ponction lombaire, avec manométrie et manoeuvres complémentaires, notamment l'injection d'air.....	K	10
5611	477190	477201	* Ponction sous-occipitale ou cervicale, avec ou sans injection médicamenteuse.....	K	20
5612	477212	477223	* Electrocorticographie.....	K	130
5613	477234	477245	* Polygraphie (électroencéphalogramme, électrocardiogramme, résistance psycho-galvanique) avec rapport et extrait du tracé, 6 dérivations électroencéphalographiques simultanées au minimum.....	K	80
5615	477256	477260	* Rhéoencéphalographie, avec rapport.....	K	40
5616	477271	477282	Manipulation en vue d'une encéphalographie gazeuse fractionnée ou non.....	K	21
5617	477293	477304	Manipulation en vue d'une myélographie.....	K	20

Potentiels cérébraux évoqués avec protocole et extraits des tracés

- par stimulation visuelle;
- par stimulation auditive;
- par stimulation somesthésique, y compris les mesures éventuelles effectuées au niveau spinal du plexus brachial ou des nerfs périphériques (non cumulables avec l'électromyographie) :

5618	477315	477326	un des examens cités ci-avant.....	K	75
5619	477330	477341	deux examens.....	K	115
5620	477352	477363	les trois examens.....	K	150

Les prestations 477315 - 477326, 477330 - 477341 et 477352 - 477363 ne peuvent pas être portées en compte en cas de screening systématique des nouveau-nés dans le cadre de dépistage de surdité néo-natale.

Examen polysomnographique d'une durée minimum de six heures avec protocole et extraits des tracés :

5621	477374	477385	Enregistrement continu et simultané de minimum 6 dérivations dont au moins 1'E.E.G., 1'E.O.G. et 1'E.M.G.	K	180
5622	477396	477400	Enregistrement continu et simultané de minimum 8 dérivations dont au moins 1'E.E.G., 1'E.O.G., 1'E.M.G., 1'E.C.G., l'oxymétrie continue et deux paramètres respiratoires.....	K	260

Les prestations 477374 - 477385 et 477396 - 477400 ne sont pas cumulables avec les prestations 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126.

Pendant une même période d'hospitalisation, seule une des prestations 474541, 474563, 474585, 477385 et 477400 peut être portée en compte; la répétition d'une de ces prestations ne peut être portée en compte qu'après une période de deux mois.

5623	477411	477422	Enregistrement électroencéphalographique continu pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable à bande magnétique (technique type Holter) avec minimum 4 dérivations, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et extraits des tracés.....	K	150
------	--------	--------	--	---	-----

La répétition de cette prestation ne peut être portée en compte qu'après une période d'un an.

5624	477433	477444	Electroneuro-oculographie avec protocole et extraits des tracés.....	K	12
------	--------	--------	--	---	----

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

Les prestations énumérées au chapitre V, article 14, littéra k, I, § 2, B, 2°, 3°, 4°, 5°, C, 2°, 3°, 4°, 5°, D, 2°, 3°, 4°, 5° et II sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en rhumatologie.

§ 2. Sont en tout cas considérées comme connexes à l'une des spécialités énumérées à l'article 20, § 1er, sous a à g, les prestations relevant des autres spécialités énumérées au même article.

§ 3. Lorsqu'un médecin de médecine générale effectue, pour ses propres malades, la prestation n° 475075 - 475086, cette dernière est honorée, pour autant :

- a) que ce médecin soit porteur d'un certificat délivré par une Faculté de médecine belge attestant sa participation à un cours de perfectionnement et sa compétence en électrocardiographie ;
- b) qu'il ait adressé ce certificat au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et
- c) qu'il s'inscrive à des cours de formation complémentaire dont le programme est fixé par la Commission nationale médico-mutualiste ou s'inscrive à des cours de formation complémentaire organisés en vue de la reconnaissance par le Ministre de la Santé publique, visée à l'article 2, F, 2°.

Les honoraires pour la prestation n° 475075 - 475086 effectuée par les médecins de médecine générale dans les conditions prévues au littéra c) de l'alinéa précédent sont fixés en prenant comme base une valeur relative égale à 75 p.c. de la valeur inscrite dans la nomenclature.

Lorsque le médecin de médecine générale est porteur d'un certificat de formation complémentaire dans les conditions prévues à l'article 2, F, ces honoraires sont fixés en prenant comme base 100 p.c. de la valeur relative inscrite dans la nomenclature.

§ 4. La prestation 470142 majorée des montants prévus à l'article 9 octavo de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé, couvre tous les frais inhérents à la dialyse péritonéale, y compris les solutions et les troussees nécessaires à l'épuration. La prestation 470142 n'est pas cumulable avec les honoraires de surveillance.

Les prestations 470105 et 470120 ne couvrent que les honoraires médicaux. Elles ne peuvent pas être portées en compte le jour d'une intervention chirurgicale intra-abdominale, ni les deux jours qui suivent ; elles ne sont pas cumulables avec les honoraires de surveillance prévus aux articles 13 et 25.

§ 5. La prestation 470164 majorée des montants prévus à l'article 9 octavo de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé, couvre tous les frais inhérents à l'hémodialyse, y compris les accessoires individuels

faisant partie d'un rein artificiel, y compris les trousses utilisées.

Cette prestation n'est pas cumulable, le même jour, avec les honoraires de surveillance prévus à l'article 25.

Section 9. - Dermato-vénérologie.

Art. 21. § 1er. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en dermato-vénérologie (E) :

(1)	(2)	(3)			
5900	531016	531020	Injection sclérosante pour angiomes.....	K	6
5910	531112	531123	Cure complète de xanthélasme.....	K	25
5920	531215	531226	Electrocoagulation ou électrolyse des poils ou des varicosités, par séance.....	K	6
5930	531311	531322	Electrocoagulation ou électrolyse des poils ou des varicosités, par cure.....	K	20
5940	531414	531425	* Epilation par électrocoagulation.....	K	6
5907	531510	531521	Epilation complète radiothérapique du cuir chevelu ou de la barbe en cas d'affection non néoplasique.....	K	85
5960	531613	531624	Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions non traumatiques de la face ou des lèvres, bénignes ou malignes superficielles.....	K	30
5917	531716	531720	Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions non traumatiques de la face ou des lèvres, bénignes profondes.....	K	120
5905	531812	531823	Intervention chirurgicale pour tumeurs ou lésions de la face ou des lèvres, malignes et profondes nécessitant résection large, plastique comprise.....	K	180
5970	531915	531926	Exérèse d'adénite suppurée ou d'un ganglion du cou...	K	50
5909	532011	532022	° Prélèvement de fragments dermo-épidermiques sans suture.....	K	6
5919	532114	532125	° Prélèvement de fragments dermo-épidermiques avec suture.....	K	10
5915	532210	532221	° Ponçage ou dermabrasion de la face ou étendu à au moins le cinquième de la surface du corps.....	K	180
5929	532313	532324	Excision de cicatrice vicieuse, suivie de suture.....	K	40
<p>Traitement P.U.V.A. d'affections dermatologiques, avec contrôle du patient, à chaque séance, par le médecin spécialiste en dermatologie :</p>					
5950	532416	532420	traitement généralisé, par séance.....	K	15
5951	532512	532523	traitement local (une ou plusieurs régions), par séance.....	K	5

Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles ni avec les consultations ou autres actes de physiothérapie.

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

§ 2. Sont considérées comme connexes à la spécialité en dermato-vénérologie les prestations de chirurgie, de radiothérapie et radiumthérapie et de biologie clinique comportant le traitement ou le diagnostic d'une affection cutanée.

§ 3. Les prestations n°s 238070 - 238081, 238092 - 238103, 238114 - 238125, 238136 - 238140, 238151 - 238162, 238173 - 238184, 238195 - 238206, 238210 - 238221, 238232 - 238243 inclus prévues au chapitre V, article 14, littera f, sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en dermatologie.

Section 10. - Physiothérapie.

Art. 22. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie (0) :

(1)	(2)	(3)			
5701	557012	557023	* Application locale de vapeur.....	K	4
5702	557056	557060	* Douches ou bains locaux, douches filiformes.....	K	4
5703	557093	557104	* Bains médicamenteux généraux.....	K	6
5704	557130	557141	* Bains généraux, minéraux, naturels ou artificiels..	K	6
5705	557174	557185	* Bains de vapeur ou hamman.....	K	4
5728	557211	557222	* Mesure de la chronaxie simple, une région, avec rapport.....	K	20
5729	557255	557266	* Mesure de la chronaxie multiple, plusieurs régions, avec rapport.....	K	40
5706	557292	557303	* Courants spéciaux (ondulés, progressifs, rythmés, exponentiels, ultrasons, ondes radar).....	K	5
5707	557336	557340	* Diathermie.....	K	5
5730	557373	557384	* Electrodiagnostic simple, une région, avec rapport.	K	8
5731	557410	557421	* Electrodiagnostic multiple, plusieurs régions, avec rapport.....	K	20
5708	557454	557465	* Electrolyse.....	K	5
5732	557491	557502	* Electromyographie.....	K	70
5709	557535	557546	* Electropyrexie.....	K	5
5710	557572	557583	* Fango, parafango ou paraffine, local.....	K	4
5711	557646	557620	* Fango, parafango ou paraffine, général.....	K	6
5712	557653	557664	* Faradisation.....	K	5
5713	557690	557701	* Galvanisation.....	K	5
5727	557734	557745	* Gymnastique individuelle de correction, de rééducation, d'éducation prénatale ou de rééducation post-natale, par séance.....	K	5
5715	557771	557782	* Gymnastique spéciale : Kabat, Bobath, Klapp, Niederhöffer, Schroth, etc.	K	8
5716	557815	557826	* Ionisation.....	K	5

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.

(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

5717	557852	557863	* Manipulations vertébrales.....	K	4
5718	557911	557922	* Massage sous eau, par séance.....	K	4
5719	557955	557966	* Massage avec thermothérapie (traitement combiné)...	K	4
5720	557992	558003	* Mécanothérapie.....	K	3
5721	558036	558040	* Mobilisation sous eau, par séance.....	K	4
5722	558073	558084	* Massage, mobilisation, thermothérapie (traitement combiné).....	K	5
5723	558110	558121	* Ondes courtes.....	K	5
5724	558154	558165	* Traction par table ou suspension.....	K	4
5725	558191	558202	* Traction vertébrale réalisée par table spéciale à moteur électrique exerçant une élongation effective..	K	8

Art. 23. § 1er. Les honoraires pour des prestations de physiothérapie ne sont dus que si le médecin est physiquement présent au moment où la prestation est dispensée.

Les prestations de physiothérapie pratiquées avec l'aide d'auxiliaires paramédicaux peuvent être portées en compte par le médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie, à condition que le médecin soit physiquement présent dans le service au moment où les prestations sont effectuées. Cette présence implique un contrôle direct, réel et effectif des prestations.

§ 2. Les traitements de physiothérapie comportant cinq séances ou moins peuvent être remboursés sans accord du médecin-conseil pour autant que les autres règles de la nomenclature soient respectées.

Les traitements comportant plus de cinq séances ou les prolongations d'un traitement nécessitent l'accord du médecin-conseil préalable au remboursement. Un avis de traitement sera adressé, à la diligence du bénéficiaire, par envoi postal, au médecin-conseil. Cet avis, rédigé par le médecin qui exécute le traitement, comportera : la nature concrète des techniques thérapeutiques prescrites, leurs localisations, leurs numéros de nomenclature, le nombre de séances et leur fréquence, ainsi que les éléments médicaux qui justifient le remboursement du traitement par l'assurance. Pour les traitements exécutés par les kinésistes, cet avis sera rédigé par le médecin prescripteur ; outre les éléments cités ci-dessus, il mentionnera que le traitement sera effectué par un kinésiste. Cet avis devra parvenir au médecin-conseil avant la sixième séance ou avant le début d'une prolongation de traitement.

En cas d'introduction tardive de cet avis, aucun remboursement ne peut être fait pour les traitements précédant la date d'envoi de ce document. En cas de refus de remboursement, le médecin-conseil est tenu de communiquer sa décision au bénéficiaire et au médecin dans les cinq jours ouvrables suivant la réception de la demande. En cas de réponse par le médecin-conseil en dehors de ce délai, le remboursement du traitement est acquis jusqu'au lendemain de la date d'envoi de sa décision.

§ 3. Conformément aux dispositions de l'article 7, § 8 du présent arrêté, les prestations suivantes : courants spéciaux (ondulés, progressifs, rythmés, exponentiels, ultrasons, ondes radar), diathermie, faradisation, galvanisation, ionisation, ondes courtes, peuvent être effectuées par des auxiliaires paramédicaux qualifiés, en l'occurrence des kinésithérapeutes, à condition qu'elles le soient sous la surveillance d'un médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ou d'un médecin qualifié pour appliquer, dans sa spécialité, la physiothérapie au titre d'acte connexe pour ses propres malades. L'un ou l'autre de ces médecins doit être présent dans le bâtiment où sont appliqués les traitements, de façon à pouvoir intervenir à tout moment.

§ 4. Les honoraires pour plusieurs prestations de physiothérapie, à l'exception des prestations de diagnostic, effectuées le même jour, ne peuvent jamais dépasser la valeur K 12.

§ 5. Les honoraires pour des prestations de physiothérapie ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade qu'à l'occasion de la consultation qui a donné lieu à la prescription du traitement et lors de la prescription de sa prolongation.

§ 6. Les dispositions du présent article sont applicables aux prestations de physiothérapie visées aux articles 3 et 22 du présent arrêté.

Section 11. - Biologie clinique.

Art. 24. § 1er. - Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en biologie clinique (P) :

1° Biochimie

A. Constituants chimiques du sang :

(1)	(2)	(3)			
6500	571012	571023	Chromatographie des acides aminés.....	B	525
6501	571034	571045	Dosage séparé des acides aminés après fractionnement sur colonne.....	B	1383
Les prestations n°s 571012 - 571023 et 571034 - 571045 ne sont pas cumulables entre elles lorsque pratiquées sur le même prélèvement.					
6564	571056	571060	Dosage de l'acide delta aminolévulinique.....	B	191
6502	571071	571082	Dosage des acides gras libres.....	B	239
6503	571093	571104	Dosage de l'acide lactique.....	B	172
6504	571115	571126	Dosage de l'acide pyruvique.....	B	172
6505	571130	571141	Dosage de l'albumine (non cumulable avec la prestation 571513 - 571524).....	B	67
6506	571152	571163	Dosage de l'ammonium.....	B	286

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

6507	571174	571185	Dosage de la bilirubine totale et de ses fractions...	B	172
6508	571196	571200	Dosage de la capacité de liaison de l'albumine vis-à-vis de la bilirubine.....	B	191
6509	571211	571222	Dosage du calcium.....	B	105
6510	571233	571244	Dosage du Ca ionisé en dehors de toute méthode de calcul (non cumulable avec la prestation 571211 - 571222)	B	105
6511	571255	571266	Dosage de la carboxyhémoglobine.....	B	153
6512	571270	571281	Dosage de la céruloplasmine à l'exclusion des méthodes immunologiques.....	B	239
6513	571292	571303	Dosage du chlore.....	B	105
6514	571314	571325	Dosage du cholestérol total.....	B	124
6515	571336	571340	Dosage du cholestérol dans une ou plusieurs fractions lipoprotéiques.....	B	150
6516	571351	571362	Dosage des corps cétoniques totaux et/ou de l'acide diacétique et/ou de l'acide hydroxybutyrique.....	B	286
6569	571373	571384	Dosage des coproporphyrines érythrocytaires.....	B	334
6517	571395	571406	Dosage de la créatinine.....	B	105
6518	571410	571421	Dosage de la créatine.....	B	191
6519	571432	571443	Mise en évidence des cryoglobulines.....	B	100
6520	571454	571465	Dosage du cuivre sérique.....	B	239
6521	571476	571480	Electrophorèse des lipoprotéines avec courbe ou calcul.....	B	350
6522	571491	571502	Electrophorèse des protéines sans courbe ou calcul...	B	191
6523	571513	571524	Electrophorèse des protéines avec courbe ou calcul...	B	350
6524	571535	571546	Détermination du pH sanguin.....	B	150
6525	571550	571561	Détermination de la pression partielle en CO ₂	B	150
6526	571572	571583	Détermination de la pression partielle en O ₂ et/ou de la saturation en O ₂	B	150
6527	571594	571605	Dosages des bicarbonates plasmatiques et/ou sériques, à l'exclusion des résultats de calcul obtenus au départ de données de l'équilibre acido-basique.....	B	105
6528	571616	571620	Détermination du pH sanguin et des pressions partielles en CO ₂ et O ₂ (et/ou saturation en O ₂), y compris éventuellement les calculs des autres paramètres de l'équilibre acide-base.....	B	375
6529	571631	571642	Dosage du fer sérique.....	B	209
6531	571653	571664	Dosage du glutathion réduit.....	B	191
6532	571675	571686	Dosage d'un substrat de la glycolyse dans les érythrocytes.....	B	334
6533	571690	571701	Dosage de l'haptoglobine à l'exclusion des méthodes immunologiques.....	B	191
6535	571712	571723	Identification et dosage de l'hémoglobine F par alcalinorésistance.....	B	172
6537	571734	571745	Electrophorèse en pH alcalin et/ou focalisation isoélectrique en vue de la détection d'une hémoglobino-pathie.....	B	429

6567	571756	571760	Identification d'une hémoglobine anormale par une seconde électrophorèse en cas de détection d'une fraction anormale par la prestation 571734 - 571745.....	B	215
6568	571771	571782	Dosage photométrique de l'hémoglobine A2 sur éluat après séparation électrophorétique ou chromatographique.....	B	350
6538	571793	571804	Identification des hémoglobines S et D par test de solubilité (non cumulable avec la prestation 571756 - 571760).....	B	114
6570	571815	571826	Mise en évidence d'une hémoglobine instable par dénaturation à la chaleur et/ou à l'isopropanol en cas d'anémie hémolytique.....	B	76
6539	571830	571841	Dosage des hémoglobines glycosylées (non cumulable avec la prestation n° 571734 - 571745).....	B	350
			Immunoélectrophorèse avec immunosérum antihumain polyvalent ou immunosérums spécifiques :		
6540	571852	571863	pour le premier immunosérum.....	B	382
6541	571874	571885	pour le deuxième et le troisième, chacun.....	B	239
6542	571896	571900	pour les suivants, chacun.....	B	95
6543	571911	571922	Dosage des lipides totaux (à l'exclusion des méthodes de calcul basées sur des turbidimétries).....	B	185
6544	571933	571944	Dosage du magnésium.....	B	191
6545	571955	571966	Dosage du magnésium dans les érythrocytes.....	B	191
6546	571970	571981	Mise en évidence de la méthémalbumine.....	B	95
6547	571992	572003	Dosage de la méthémoglobine.....	B	153
6548	572014	572025	Détermination de l'osmolalité.....	B	105
6549	572036	572040	Dosage de la phénylalanine et/ou de la tyrosine à l'exception du test de Guthrie ou autres méthodes semi-quantitatives.....	B	239
6550	572051	572062	Evaluation de la phénylalanine par le test de Guthrie	B	38
6551	572073	572084	Dosage des phospholipides (non cumulable avec la prestation n° 571911 - 571922).....	B	230
6552	572095	572106	Dosage du phosphore.....	B	105
6565	572110	572121	Dosage du porphobilinogène.....	B	239
6553	572132	572143	Dosage du potassium.....	B	105
6554	572154	572165	Dosage des protéines totales.....	B	67
			Dosage spécifique d'une protéine sérique à l'exclusion de l'albumine par méthode immunologique y compris les méthodes faisant usage d'électrophorèse :		
6555	572176	572180	Pour les trois premiers dosages, chacun.....	B	191
6556	572191	572202	Pour les dosages suivants, chacun.....	B	95
6557	572213	572224	Dosage des protoporphyrines érythrocytaires.....	B	334
6558	572235	572246	Détermination de la saturation de la sidérophiline (iron binding capacity).....	B	209
6559	572250	572261	Dosage du sodium.....	B	105
6560	572272	572283	Dosage des triglycérides.....	B	215

6561	572294	572305	Dosage de la vitamine A ou du carotène.....	B	191
6566	572316	572320	Dosage de la vitamine A et du carotène.....	B	250
6562	572331	572342	Dosage de la vitamine C.....	B	143
6563	572353	572364	Dosage du zinc plasmatique.....	B	239
B. Dosage des enzymes dans le sang :					
6580	572515	572526	Dosage de l'aldolase (non cumulable avec les isoenzymes de la créatine kinase).....	B	172
6581	572530	572541	Dosage de l'amylase.....	B	172
6582	572552	572563	Dosage de la cholinestérase sérique.....	B	172
6583	572574	572585	Dosage des iso-enzymes de la cholinestérase sérique après inhibition sélective en vue de la détection d'une hypersensibilité aux curarisants.....	B	172
6584	572596	572600	Dosage de la créatine kinase.....	B	172
6585	572611	572622	Electrophorèse et/ou chromatographie des iso-enzymes de la créatine kinase (CK) avec diagramme ou calcul..	B	382
6586	572633	572644	Dosage des iso-enzymes de la créatine kinase (CK) après inhibition sélective (non cumulable avec la prestation 572611 - 572622).....	B	191
6587	572655	572666	Dosage de la cystine-amino-peptidase (oxytocinase)...	B	172
6588	572670	572681	Dosage de la déhydrogénase isocitrique et/ou de l'ornithine carbamyl-transférase et/ou de la déhydrogénase glutamique.....	B	172
6589	572692	572703	Dosage de la déhydrogénase lactique.....	B	151
6590	572714	572725	Electrophorèse des iso-enzymes de la déhydrogénase lactique (LDH) avec diagramme ou calcul.....	B	382
6591	572736	572740	Dosage de la lipase.....	B	172
6592	572751	572762	Dosage de la leucine-amino-peptidase.....	B	172
6593	572773	572784	Dosage des 5 nucléotidases et/ou de la gammaglutamyl-transférase.....	B	172
6594	572795	572806	Dosage des phosphatases acides.....	B	119
6595	572810	572821	Dosage des iso-enzymes des phosphatases acides après inhibition sélective (non cumulable avec la prestation 443354 - 443365).....	B	119
6596	572832	572843	Dosage des phosphatases alcalines.....	B	105
6597	572854	572865	Electrophorèse des iso-enzymes des phosphatases alcalines avec diagramme ou calcul.....	B	382
6598	572876	572880	Dosage des iso-enzymes des phosphatases alcalines après inhibition sélective (non cumulable avec la prestation 572854 - 572865).....	B	105
6599	572891	572902	Dosage d'une enzyme intra-érythrocytaire ou leucocytaire.....	B	334
C. Liquide céphalo-rachidien :					
6610	573016	573020	Dosage de l'acide lactique.....	B	172
6606	573031	573042	Dosage de la déhydrogénase lactique et/ou de la créatine kinase.....	B	172
6611	573053	573064	Dosage du chlore.....	B	105

6612	573075	573086	Dosage du glucose.....	B	67
6613	573090	573101	Dosage des protéines totales par spectrophotométrie..	B	105
6614	573112	573123	Electrophorèse des protéines sans courbe ou calcul...	B	239
6615	573134	573145	Electrophorèse des protéines avec courbe ou calcul...	B	429
Immuno-électrophorèse avec immunsérum anti-humain polyvalent ou immunsérums spécifiques :					
6607	573156	573160	pour le premier immunsérum.....	B	382
6608	573171	573182	pour le deuxième et le troisième, chacun.....	B	239
6609	573193	573204	pour les suivants, chacun.....	B	95
Dosage spécifique d'une protéine par méthode immunologique (y compris les méthodes faisant usage d'électrophorèses) :					
6616	573215	573226	Pour les trois premiers dosages, chacun.....	B	220
6617	573230	573241	Pour les dosages suivants, chacun.....	B	95
D. Urines :					
6620	573510	573521	Chromatographie des acides aminés.....	B	525
6621	573532	573543	Dosage séparé des acides aminés après fractionnement sur colonne.....	B	1383
Les prestations n° 573510 - 573521 et 573532 - 573543 ne sont pas cumulables entre elles lorsque pratiquées sur le même prélèvement.					
6622	573554	573565	Dosage de l'acide delta-aminolévulinique.....	B	191
6623	573576	573580	Dosage de l'acide formimino-glutamique et/ou urocanique.....	B	172
6624	573591	573602	Dosage de l'acide phénylpyruvique.....	B	191
6625	573613	573624	Identification et dosage de l'acide propionique et/ou méthylmalonique et/ou iso-valérique par chromatographie, en vue du diagnostic d'une maladie métabolique congénitale.....	B	1050
6626	573635	573646	Dosage de l'acide urique.....	B	84
6627	573650	573661	Recherche de l'alcaptone.....	B	19
6628	573672	573683	Dosage de l'ammoniaque.....	B	153
6629	573694	573705	Dosage de l'amylase (à l'exclusion de la méthode de Wohlgemut).....	B	172
6630	573716	573720	Dosage des arylsulfatases.....	B	172
6631	573731	573742	Dosage de l'azote total (Kjeldahl).....	B	191
6632	573753	573764	Dosage de l'azote alpha-aminé.....	B	239
6633	573775	573786	Dosage du calcium.....	B	105
6634	573790	573801	Dosage des chlorures.....	B	76
6635	573812	573823	Dosage des coproporphyrines.....	B	239
6636	573834	573845	Dosage de la créatinine.....	B	105
6637	573856	573860	Dosage de la créatine.....	B	191
6638	573871	573882	Dosage du cuivre.....	B	239

6639	573893	573904	Recherche de la cystine.....	B	19
6640	573915	573926	Electrophorèse des protéines sans courbe ou calcul...	B	239
6641	573930	573941	Dosage du fer.....	B	209
6642	573952	573963	Recherche de l'hémosidérine.....	B	76
6643	573974	573985	Dosage de l'hydroxyproline.....	B	286
Immuno-électrophorèse avec immunsérum anti-humain polyvalent ou immunsérums spécifiques :					
6660	574011	574022	pour le premier immunsérum.....	B	382
6661	574033	574044	pour le deuxième et le troisième, chacun.....	B	239
6662	574055	574066	pour les suivants, chacun.....	B	95
6644	574070	574081	Dosage de l'iode.....	B	335
6645	574092	574103	Dosage du magnésium.....	B	105
6646	574114	574125	Recherche de la mélanine.....	B	57
6663	574136	574140	Dosage des mucopolysaccharides.....	B	191
6647	574151	574162	Détermination de l'osmolalité.....	B	105
6648	574173	574184	Dosage des oxalates.....	B	191
6649	574195	574206	Dosage du phosphore.....	B	105
6650	574210	574221	Recherche du porphobilinogène.....	B	76
6651	574232	574243	Recherche et dosage du porphobilinogène.....	B	239
6652	574254	574265	Recherche des porphyrines.....	B	76
6653	574276	574280	Dosage du potassium.....	B	105
Dosage spécifique d'une protéine par méthode immunologique à l'exclusion de l'albumine (y compris les méthodes faisant usage d'électrophorèse) :					
6654	574291	574302	Pour les trois premiers dosages, chacun.....	B	191
6655	574313	574324	Pour les dosages suivants, chacun.....	B	95
6656	574335	574346	Dosage du sodium.....	B	105
6657	574350	574361	Chromatographie des sucres réducteurs.....	B	429
6658	574372	574383	Dosage de l'urée.....	B	67
6659	574394	574405	Dosage des uroporphyrines.....	B	239
E. Sucs gastrique et duodéal :					
6670	574615	574626	Mesure du débit acide de l'estomac (sécrétion basale et sécrétion réactionnelle maximale) minimum trois échantillons.....	B	191
6671	574630	574641	Mesure de l'activité sécrétoire basale et réactionnelle de l'estomac ou du pancréas avec dosage simultané d'une enzyme et d'un ion au moins (minimum trois échantillons).....	B	477
6672	574652	574663	Mesure de l'absorption intestinale in situ avec dosage simultané d'un nutrilité test et d'un indicateur de dilution au moins (minimum trois échantillons)....	B	572
6673	574674	574685	Dosage des acides biliaires totaux.....	B	239
6674	574696	574700	Dosage fractionné des acides biliaires (non cumulable avec la prestation 574674 - 574685).....	B	1100

6675	574711	574722	Dosage de l'amylase.....	B	172
6676	574733	574744	Dosage de la bilirubine.....	B	95
6677	574755	574766	Dosage du cholestérol.....	B	119
6678	574770	574781	Dosage de la lipase.....	B	172
6679	574792	574803	Dosage de la trypsine.....	B	134

F. Selles :

6690	575013	575024	Dosage de l'acide lactique.....	B	172
6691	575035	575046	Recherche et mise en évidence de l'albumine dans le méconium.....	B	29
6692	575050	575061	Dosage de l'ammoniaque et des acides organiques.....	B	239
6693	575072	575083	Dosage de l'azote total (Kjeldahl).....	B	239
6694	575094	575105	Dosage du calcium.....	B	239
6695	575116	575120	Dosage de chlorures.....	B	143
6696	575131	575142	Dosage des coproporphyrines.....	B	279
6697	575153	575164	Dosage des graisses totales.....	B	239
6698	575175	575186	Dosage des graisses totales avec différenciation des graisses neutres et acides gras.....	B	429
6699	575190	575201	Dosage de la lipase.....	B	134
6700	575212	575223	Dosage du phosphore.....	B	172
6701	575234	575245	Dosage du potassium.....	B	143
6704	575256	575260	Dosage des protoporphyrines.....	B	279
6702	575271	575282	Dosage du sodium.....	B	143
6703	575293	575304	Dosage de la trypsine et/ou de la chymotrypsine.....	B	134
6705	575315	575326	Dosage des uroporphyrines.....	B	279

G. Divers :

a) Lait maternel

6710	575514	575525	Lait maternel : dosage des graisses.....	B	95
6711	575536	575540	Lait maternel : dosage du lactose.....	B	95
6712	575551	575562	Lait maternel : dosage des protéines.....	B	95

b) Calculs

6715	575713	575724	Examen chimique qualitatif des calculs.....	B	191
6716	575735	575746	Analyse chimique quantitative des calculs urinaires (non cumulable avec la prestation n° 575713 - 575724)	B	382

c) Liquide articulaire

6720	575912	575923	Estimation semi-quantitative de l'acide hyaluronique.	B	29
6721	575934	575945	Dosage de l'acide urique.....	B	84
6723	575956	575960	Dosage du C3.....	B	191
6724	575971	575982	Dosage du glucose.....	B	67
6722	575993	576004	Dosage des protéines totales.....	B	67

			d) Liquide de ponction (péritonéale, pleurale, péri-cardique)	
6725	576214	576225	Dosage de l'amylase et/ou de la lipase.....	B 172
6726	576236	576240	Dosage de la L.D.H.....	B 151
6727	576251	576262	Dosage des protéines totales.....	B 67
			e) Liquide amniotique	
6730	576413	576424	Dosage de l'alpha-foeto-protéine.....	B 191
6731	576435	576446	Dosage de la créatinine.....	B 105
6732	576450	576461	Détermination du rapport lécithine-sphingomyéline....	B 429
6733	576472	576483	Spectrophotométrie du liquide amniotique et/ou dosage de la bilirubine dans ce liquide.....	B 143
			f) Sperme	
6735	576612	576623	Dosage du fructose.....	B 120
6736	576634	576645	Dosage de la phosphatase acide et/ou de la gamma-glutamyl-transférase.....	B 172
			g) Biopsies ou cultures de cellules amniotiques	
6740	576811	576822	Dosage sur biopsies d'enzymes intracellulaires quel que soit le nombre d'enzymes dosées, en vue du diagnostic d'une affection congénitale.....	B 1343
6741	576833	576844	Dosage sur culture de cellules amniotiques d'enzymes intracellulaires, quel que soit le nombre d'enzymes dosées, en vue de la détection d'une anomalie congénitale.....	B 1343
6742	576855	576866	Dosage sur biopsies d'un ou plusieurs produits de surcharge intracellulaires en vue du diagnostic d'une affection congénitale.....	B 1050
			H. Epreuves fonctionnelles :	
6750	577010	577021	Epreuve à la bromesulfonephtaléine.....	B 162
6751	577032	577043	Epreuve à la bromesulfonephtaléine, par dosage supplémentaire (maximum 4).....	B 67
6752	577054	577065	Clearance de l'acide urique ou de l'urée.....	B 209
6753	577076	577080	Clearance du calcium, phosphore ou de la créatinine..	B 286
6754	577091	577102	Clearance de l'acide oxalique, acide para-amino-hyppurique, amylase, créatine, inuline, mannitol ou thio-sulfate.....	B 429
6755	577113	577124	Epreuve de diurèse : concentration et dilution (minimum neuf échantillons).....	B 76
6756	577135	577146	Epreuve de diurèse : concentration et dilution (minimum neuf échantillons) avec dosage des chlorures et/ou de l'urée et/ou de l'osmolalité.....	B 286
6757	577150	577161	Elimination de la phénolsulfonephtaléine.....	B 153
6758	577172	577183	Test d'absorption du D-xylose.....	B 239
6759	577194	577205	Test de la sueur avec dosage du sodium et/ou des chlorures.....	B 239
6760	577216	577220	Test de la sueur avec dosage simultané du sodium, du potassium et des chlorures.....	B 382

Les produits utilisés pour les épreuves susmentionnées sont compris dans les honoraires pour ces prestations.

I. Toxicologie :

Les prestations du groupe toxicologie ne peuvent être tarifées que si elles sont prescrites en vue du diagnostic ou du traitement d'une intoxication.

Sang :

6765	577511	577522	Dosage de l'acide salicylique.....	B	153
6766	577533	577544	Dosage d'un ou plusieurs alcaloïdes.....	B	620
6767	577555	577566	Dosage de l'alcool éthylique.....	B	305
6768	577570	577581	Dosage de l'alcool méthylique.....	B	305
6769	577592	577603	Recherche et dosage d'alcools supérieurs et/ou d'éthylène glycol (non cumulable avec les prestations n°s 577555 - 577566 et 577570 - 577581),.....	B	620
6762	577614	577625	Dosage de l'aluminium en cas d'insuffisance rénale chronique grave (clearance de la créatinine inférieure à 20 ml/minute). Le dosage ne peut être tarifé que tous les six mois, sauf si le taux d'aluminium est supérieur à 0,1 mg/litre.....	B	750
6770	577636	577640	Dosage d'un ou plusieurs anti-dépresseurs tricycliques, quadricycliques et/ou de leurs métabolites.....	B	620
6771	577651	577662	Dosage des barbituriques.....	B	239
6772	577673	577684	Dosage des dérivés de la benzodiazépine.....	B	620
6773	577695	577706	Dosage du bromure.....	B	105
6774	577710	577721	Dosage du cadmium.....	B	525
6775	577732	577743	Dosage des carbamates.....	B	620
6776	577754	577765	Dosage d'un herbicide ammonium quaternaire.....	B	620
6777	577776	577780	Dosage du mercure.....	B	525
6778	577791	577802	Dosage de la méthaqualone.....	B	620
6779	577813	577824	Dosage d'un insecticide organo-chloré.....	B	620
6780	577835	577846	Recherche d'un insecticide organo-phosphoré.....	B	286
6763	577850	577861	Dosage du paracétamol.....	B	153
6781	577872	577883	Dosage des phénothiazines.....	B	334
6782	577894	577905	Dosage du plomb.....	B	525

Urines :

6785	578012	578023	Dosage de l'arsenic.....	B	525
6786	578034	578045	Dosage du bismuth.....	B	525
6787	578056	578060	Dosage du cadmium.....	B	525
6788	578071	578082	Dosage du mercure.....	B	525
6789	578093	578104	Recherche du para-aminophénol.....	B	48
6790	578115	578126	Dosage du plomb.....	B	525
6791	578130	578141	Dosage du thallium.....	B	525

Liquide gastrique :

6795 578314 578325 Recherche et identification de métaux lourds..... B 239

Urines ou liquide gastrique :

6800 578410 578421 Recherche et identification des alcaloïdes par chromatographie..... B 620

6801 578432 578443 Recherche de l'alcool méthylique..... B 76

6802 578454 578465 Recherche et identification d'anti-dépresseurs tricycliques, quadricycliques et de leurs métabolites par chromatographie..... B 620

6803 578476 578480 Recherche des barbituriques..... B 143

6804 578491 578502 Identification des barbituriques par chromatographie. B 620

6805 578513 578524 Recherche et identification des dérivés de la benzodiazépine par chromatographie..... B 620

6806 578535 578546 Recherche et identification des dérivés de la butyrophénone par chromatographie..... B 620

6807 578550 578561 Recherche et identification des carbamates..... B 620

6808 578572 578583 Recherche du chloral et/ou de ses dérivés..... B 114

6809 578594 578605 Recherche d'un herbicide ammonium quaternaire..... B 334

6810 578616 578620 Recherche de la méthaqualone..... B 334

6764 578631 578642 Recherche du paracétamol..... B 76

6811 578653 578664 Recherche du paranitrophénol..... B 76

6812 578675 578686 Recherche des phénothiazines..... B 76

6813 578690 578701 Recherche des salicylés..... B 76

J. Monitoring thérapeutique :

Les prestations de monitoring thérapeutique peuvent également être portées en compte si elles sont prescrites en vue du diagnostic ou du traitement d'une intoxication.

Sang :

6815 579014 579025 Dosage des dérivés de l'anthracycline..... B 477

6816 579036 579040 Dosage d'un médicament anti-arythmique ou de son métabolite actif (maximum deux dosages)..... B 324

6817 579051 579062 Dosage d'un ou plusieurs médicaments anti-épileptiques par chromatographie..... B 525

6818 579073 579084 Dosage d'un médicament anti-épileptique ou de son métabolite actif, par une méthode non chromatographique, maximum 3 dosages, non cumulable avec la prestation 579051 - 579062..... B 239

6819 579095 579106 Dosage de la caféine plasmatique chez les nourrissons..... B 324

6820 579110 579121 Dosage des dérivés de cisplatine..... B 477

6827 579132 579143 Dosage de la cyclosporine A chez les patients ayant subi une transplantation d'organe ou une greffe de moelle..... B 477

6821 579154 579165 Dosage d'un ou plusieurs hétérosides cardiotoniques.. B 477

6822 579176 579180 Dosage du lithium plasmatique..... B 119

6823	579191	579202	Dosage du lithium intra-érythrocytaire.....	B	119
6824	579213	579224	Dosage du méthotrexate.....	B	477
6825	579235	579246	Dosage de la théophylline.....	B	324
6826	579250	579261	Dosage du thiocyanate.....	B	153

Lorsque pour les prestations ci-dessus, plusieurs dosages sont effectués sur des prélèvements distincts, au cours d'une même période de 24 heures, trois dosages maximum par prestation peuvent être portés en compte. Les prestations ne peuvent être portées en compte que si la connaissance du niveau sanguin est critique pour le traitement.

2° Examens hématologiques :

6830	580016	580020	Formule leucocytaire sur concentré de globules blancs par sédimentation puis cyto-centrifugation, chez un patient sous traitement anti-mitotique ou en cas de leucocytose inférieure à 3000 par microlitre (non cumulable avec la prestation n° 137130 - 137141).....	B	250
6831	580031	580042	Examens cytochimiques et/ou cyto-enzymologiques d'un frottis sanguin à l'exclusion des colorations panoptiques.....	B	120
6832	580053	580064	Examen et formule d'un frottis de ponction d'un organe hématopoïétique.....	B	700
6833	580075	580086	Examen cytochimique et/ou cyto-enzymologique d'un frottis de ponction d'un organe hématopoïétique par examen (maximum quatre).....	B	120
6834	580090	580101	Culture cellulaire en vue de la détermination des colony forming units.....	B	1000
6835	580112	580123	Numération des érythrocytes foetaux dans le sang maternel.....	B	120
6829	580134	580145	Test de falciformation.....	B	76
6836	580156	580160	Mise en évidence des cellules de Hargraves (à l'exclusion des tests de floculation).....	B	191
6837	580171	580182	Test de Ham.....	B	153
6838	580193	580204	Test d'hémolyse au sucrose.....	B	95
6839	580215	580226	Mesure de la viscosité sanguine.....	B	95

3° Coagulation et hémostase :

6840	581011	581022	Mesure de l'adhésivité plaquettaire sur colonne à flux constant.....	B	286
5841	581033	581044	Etude complète de l'agrégabilité plaquettaire en présence de plusieurs inducteurs avec enregistrement continu de courbes d'agrégation, au moins trois inducteurs.....	B	477
6842	581055	581066	Recherche d'un anticoagulant acquis.....	B	191
6843	581070	581081	Identification et dosage d'un anticoagulant acquis...	B	477
6844	581092	581103	Dosage de l'activité anti-thrombine III, à l'exclusion des méthodes semi-quantitatives ou immunologiques.....	B	286
6845	581114	581125	Dosage immunologique de l'anti-thrombine III (non cumulable avec la prestation 581092 - 581103).....	B	191

6846	581136	581140	Lyse des euglobulines (temps de Van Kaula).....	B	210
6847	581151	581162	Dosage des facteurs II ou V, par facteur.....	B	191
6848	581173	581184	Dosage du complexe VII + X.....	B	191
<p>Les prestations n°s 581151 - 581162 et 581173 - 581184 peuvent seulement être portées en compte si l'un des dosages repris au n° 581593 - 581604 donne un résultat inférieur à 70 %.</p>					
6849	581195	581206	Dosage séparé du facteur VII ou du facteur X (peuvent seulement être tarifés, si le complexe VII + X donne un résultat inférieur à 70 %), par facteur.....	B	382
6850	581210	581221	Dosage du facteur VIII (coagulant).....	B	447
6851	581232	581243	Dosage du facteur VIII (antigène).....	B	477
6852	581254	581265	Dosage du facteur VIII, co-facteur de la ristocétine de Von Willebrand.....	B	477
6853	581276	581280	Dosage du facteur IX.....	B	477
6854	581291	581302	Dosage du facteur XI.....	B	477
6855	581313	581324	Dosage du facteur XII.....	B	477
<p>Les prestations n°s 581291 - 581302 et 581313 - 581324 ne peuvent être portées en compte que si le temps de thromboplastine partielle ou thromboplastine partielle activée est prolongé.</p>					
6856	581335	581346	Recherche du facteur XIII.....	B	48
6857	581350	581361	Recherche et dosage du facteur XIII non cumulable avec la prestation n° 581335 - 581346.....	B	477
6858	581372	581383	Dosage du facteur 3 intra-plaquettaire.....	B	239
6859	581394	581405	Dosage du facteur 4 plaquettaire plasmatique.....	B	239
6860	581416	581420	Recherche des monomères de fibrine, utilisant l'éthanol et/ou le sulfate de protamine.....	B	95
6861	581431	581442	Recherche de produits de dégradation de la fibrine par test au latex.....	B	95
6862	581453	581464	Recherche de produits de dégradation de la fibrine par test d'inhibition de l'hémagglutination, prestation non cumulable avec le n° 581431 - 581442.....	B	181
6863	581475	581486	Dosage des fibrinolytases (méthode des plaques de fibrine et/ou à substrat synthétique) non cumulable avec la prestation 581136 - 581140.....	B	210
6864	581490	581501	Dosage de plasminogène.....	B	382
6865	581512	581523	Mesure de la prothrombine résiduelle du sérum.....	B	172
6866	581534	581545	Temps de recalcification du plasma.....	B	57
6867	581556	581560	Temps de reptilase.....	B	95
6868	581571	581582	Temps de thrombine.....	B	95
6869	581593	581604	Temps de thromboplastine (temps de prothrombine et/ou thrombotest et/ou normotest et/ou K-test et/ou PPS-test).....	B	119
6870	581615	581626	Temps de thromboplastine partielle et/ou partielle activée.....	B	134

6871	581630	581641	Test de la génération de la thromboplastine : méthode de Biggs avec épreuve de correction à tarifer uniquement en cas de prothrombine résiduelle anormale.....	B	716
6872	581652	581663	Dosage du fibrinogène.....	B	143
4° Immuno-hématologie et immunologie non infectieuse :					
a)					
6875	582013	582024	Détermination des groupes sanguins ABO (épreuves croisées) et du facteur Rhésus D.....	B	228
6876	582035	582046	Détermination des sous-groupes Rhésus C, E, c, e, par facteur.....	B	76
6877	582050	582061	Détermination du facteur D _u	B	153
6878	582072	582083	Détermination du facteur C _w	B	153
6879	582094	582105	Détermination de groupes sanguins autres que ABO et rhésus, par méthode directe, si le sérum du patient contient des anticorps anti-érythrocytaires irréguliers, ou si la détermination est faite en vue d'une greffe d'organe ou dans les cas d'anémies chroniques nécessitant des transfusions multiples s'étalant sur plusieurs mois, par antigène déterminé.....	B	153
6880	582116	582120	Détermination de groupes sanguins autres que ABO et rhésus, par méthode indirecte, si le sérum du patient contient des anticorps anti-érythrocytaires irréguliers, ou si la détermination est faite en vue d'une greffe d'organe ou dans les cas d'anémies chroniques nécessitant des transfusions multiples s'étalant sur plusieurs mois, par antigène déterminé.....	B	191
b)					
Epreuve de compatibilité pré-transfusionnelle : 3 techniques au moins comportant soit une réaction de Coombs indirecte, soit des techniques quantitatives ayant une sensibilité équivalente :					
6881	582212	582223	Le 1er flacon.....	B	286
6882	582234	582245	Les 2e flacon et suivants lors de la même vacation, par flacon.....	B	143
6883	582256	582260	Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires irréguliers à l'aide de globules phénotypés avec un minimum de 18 antigènes en cas d'anémie hémolytique ou pour contrôle péri-natal d'incompatibilité foeto-maternelle (minimum trois techniques, dont une réaction de Coombs indirecte).....	B	429
6828	582271	582282	Recherche prétransfusionnelle d'anticorps anti-érythrocytaires irréguliers à l'aide de globules phénotypés avec un minimum de 18 antigènes en cas de commande de sang, y compris une épreuve de compatibilité A, B, O sur l'ensemble des flacons composant la même commande de sang, non cumulable avec les prestations 582212 - 582223 et 582234 - 582245.....	B	429
6884	582293	582304	Titrage d'un ou de plusieurs anticorps anti-érythrocytaires irréguliers en cas de recherche positive....	B	286
6885	582315	582326	Identification d'anticorps anti-érythrocytaires irréguliers (minimum vingt antigènes).....	B	716
6886	582330	582341	Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires par réaction de Coombs directe avec sérum polyvalent.....	B	114

Identification du type d'anticorps anti-érythrocytaire, en cas de réaction de Coombs directe positive, avec sérum de Coombs monovalent :

6887	582352	582363	par sérum.....	B	114
6889	582374	582385	Elution, identification et titrage d'un auto-anticorps anti-érythrocytaire en cas de réaction de Coombs directe positive.....	B	305
6890	582396	582400	Test de Donath Landsteiner.....	B	286
6873	582411	582422	Recherche des agglutinines froides, non cumulables avec les prestations n°s 582212 - 582223, 582234 - 582245, 582256 - 582260, 582293 - 582304, 582315 - 582326.....	B	50
6874	582433	582444	Identification et titrage des agglutinines froides sur des globules phénotypés et sensibilisés en cas de recherche positive (non cumulable avec les prestations n°s 582293 - 582304 et 582315 - 582326).....	B	300
c)					
6891	582610	582621	Détermination des groupes HLA A, B et C (25 antigènes au moins) chez un candidat à une transplantation d'organes ou à des transfusions massives de leucocytes ou de plaquettes obtenus par séparateur de cellules.....	B	2862
6892	582632	582643	Détermination du groupe HLA DR chez un candidat à une transplantation d'organes..... Les prestations 582610 - 582621 et 582632 - 582643 ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois. Si l'évolution des connaissances immunologiques le justifiait, une nouvelle détermination pourrait être autorisée après avis du Conseil technique médical.	B	2862
6893	582654	582665	Détermination du groupe HLA A, B et C (25 antigènes au moins) du ou des donneurs, quel que soit leur nombre, et épreuve de compatibilité leucocytaire en vue d'une transplantation d'organe ou de transfusion massive de leucocytes ou de plaquettes obtenus par séparateur de cellules.....	B	11400
6894	582676	582680	Détermination du groupe HLA DR du ou des donneurs, quel que soit leur nombre, en vue d'une transplantation d'organe.....	B	11400
6895	582691	582702	Recherche d'anticorps anti-HLA - A, B et C (panel comportant au minimum quarante antigènes) chez un candidat à une transplantation d'organes ou à des transfusions massives de leucocytes ou de plaquettes obtenus par séparateur de cellules.....	B	1431
6896	582713	582724	Recherche d'anticorps anti-HLA DR et/ou d'anticorps anti-monocytes chez un candidat à une transplantation d'organe.....	B	1431
6897	582735	582746	Epreuve de culture mixte lymphocytaire en vue d'une transplantation d'organe.....	B	2862
d)					
6898	582816	582820	Recherche d'anticorps anti-plaquettaires et/ou anti-granulocytes.....	B	477

			e)		
6899	583015	583026	Pourcentage des lymphocytes T et pourcentage des lymphocytes B déterminés par méthodes spécifiques.....	B	601
6900	583030	583041	Identification des sous-populations de T inducteurs et supresseurs.....	B	601
			Identification d'un récepteur ou d'un antigène membranaire ou cytoplasmique des leucocytes à l'exclusion des antigènes du système HLA :		
6901	583052	583063	Le premier antigène.....	B	382
6902	583074	583085	Les suivants, chacun.....	B	286
			Test de transformation lymphoblastique par allergène ou mitogène :		
6903	583096	583100	Le premier.....	B	1140
6904	583111	583122	Les suivants, chacun (maximum trois).....	B	343
6905	583133	583144	Test d'inhibition de la migration des leucocytes (quel que soit le nombre d'antigènes testés).....	B	668
6906	583155	583166	Estimation de l'immunité cellulaire ou humorale par le test d'inhibition des colonies cellulaires.....	B	860
6907	583170	583181	Activité phagocytaire et bactéricide des leucocytes, par comptage des levures ingérées.....	B	96
6921	583192	583203	Activité phagocytaire et bactéricide des leucocytes, par le test au nitrobleu de tétrazolium, sans et avec stimulation.....	B	153
6908	583214	583225	Activité bactéricide par comptage des bactéries survivantes, quel que soit le nombre de bactéries testées; ne peut être portée en compte qu'en cas d'infections sévères et récidivantes et phagocytose normale (prestations 583170 - 583181 et 583192 - 583203).....	B	668
6909	583236	583240	Activité chimiotactique des leucocytes : réactivité des leucocytes et pouvoir activant du sérum.....	B	382
			f)		
6910	583413	583424	Recherche et titrage en cas de positivité, d'anticorps anti-tissulaires par immunofluorescence, par organe (maximum quatre organes).....	B	429
6911	583435	583446	Recherche et titrage en cas de positivité, d'anticorps antinucléaires par immunofluorescence.....	B	286
6912	583450	583461	Identification d'anticorps dirigés contre un antigène nucléaire spécifique, uniquement si la réaction d'immunofluorescence est positive à un titre de 1/40 par antigène (maximum quatre).....	B	477
6913	583472	583483	Recherche et titrage en cas de positivité, d'anticorps anti-thyroglobulines par hémagglutination et/ou fixation du complément.....	B	286
6914	583494	583505	Recherche et titrage en cas de positivité, d'anticorps anti-microsomes thyroïdiens par hémagglutination et/ou fixation du complément.....	B	286
6915	583516	583520	Réaction de Waaler Rose avec titrage.....	B	191

6916	583531	583542	Facteur rhumatoïde au latex avec titrage en tube (non cumulable avec la prestation 138250 - 138261)...	B	114
6917	583553	583564	Recherche et/ou titrage des anticorps précipitants par technique d'immunodiffusion (sérums de pigeons, etc.), à l'exclusion des antigènes microbiens, viraux, parasitaires et mycotiques, par antigène.....	B	191
6918	583575	583586	Dosage du complément hémolytique total.....	B	334
6919	583590	583601	Identification par épreuve fonctionnelle du facteur déficient en cas de complément hémolytique total inférieur à 20 %.....	B	1813
6920	583612	583623	Recherche et dosage de complexes immuns circulants (deux méthodes au minimum).....	B	228

Les honoraires pour les prestations n°s 582654 - 582665 et 582676 - 582680 constituent une somme forfaitaire globale et unique; ils sont à porter en compte au receveur lors de la transplantation d'organe ou de transfusions massives de leucocytes ou de plaquettes obtenus par séparateur de cellules par le médecin spécialiste en biologie clinique qui a effectué les prestations prévues sous les n°s 582610 - 582621 et 582632 - 582643.

Les prestations n°s 582654 - 582665 et 582676 - 582680 ne donnent pas lieu aux honoraires supplémentaires prévus pour les prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit, le week-end ou un jour férié.

5° Sérologie infectieuse :

a) Bactéries

6925	584010	584021	Recherche d'agglutinines sériques antibactériennes...	B	76
6926	584032	584043	Titration des anticorps dans les brucelloses.....	B	191
6922	584054	584065	Titration des anticorps antigonococciques dans le liquide articulaire.....	B	191
6923	584076	584080	Sérodiagnostic d'une infection par Legionella pneumophila.....	B	286
6927	584091	584102	Titration des anticorps en cas de listériose.....	B	191
6928	584113	584124	Titration des agglutinines spécifiques (H-O-VI) dans les salmonelloses.....	B	239
6929	584135	584146	Titration des anticorps anti-streptococciques, par test..... Maximum deux tests peuvent être portés en compte.	B	191

Sérodiagnostic de la syphilis (sang ou liquide céphalo-rachidien) :

6930	584150	584161	Par tests de floculation (type RPR ou VDRL), quel que soit le nombre de tests.....	B	76
6931	584172	584183	Par hémagglutination passive (TPHA) et/ou par technique enzymo-immunologique.....	B	153
6932	584194	584205	Par immunofluorescence.....	B	286
6924	584216	584220	Test de Nelson en cas de titre limite ou discordant des autres tests sérologiques, 584150 - 584161, 584172 - 584183, 584194 - 584205.....	B	500
6933	584231	584242	Sérodiagnostic d'une yersiniose.....	B	191

b) Rickettsies, mycoplasmes et chlamydiées

6934	584312	584323	Recherche et en cas de positivité, titrage des agglutinines dans les rickettsioses.....	B	191
6935	584334	584345	Réaction de fixation du complément dans les rickettsioses, par antigène.....	B	286
6936	584356	584360	Sérodiagnostic d'une infection par chlamydia psittaci ou une autre chlamydiée.....	B	286
6937	584371	584382	Sérodiagnostic d'une infection par un mycoplasme.....	B	286

c) Virus

6938	584511	584522	Sérodiagnostic d'une infection par le cytomégalovirus.....	B	286
6939	584533	584544	Sérodiagnostic d'une infection récente par le virus de l'hépatite A au moyen de la recherche des anticorps IgM.....	B	429

Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B :

6940	584555	584566	Par la mise en évidence de l'antigène HBs.....	B	286
6941	584570	584581	Par la mise en évidence de l'antigène HBe.....	B	286
6942	584592	584603	Par la mise en évidence de l'anticorps anti HBs.....	B	286
6943	584614	584625	Par la mise en évidence de l'anticorps anti HBe.....	B	286
6966	584636	584640	Diagnostic et contrôle de l'évolution de l'hépatite virale B par la mise en évidence de l'anticorps anti HBe.....	B	286

Maximum trois des prestations 584533 - 584544, 584555 - 584566, 584570 - 584581, 584592 - 584603, 584614 - 584625, 584636 - 584640 et 446014 - 446025, 446036 - 446040, 446051 - 446062, 446073 - 446084, 446095 - 446106, 446110 - 446121 peuvent être portées en compte.

Dans les seuls cas où la prestation 584555 - 584566 ou 446036 - 446040 est positive, on peut porter en compte les prestations 584570 - 584581 et 584614 - 584625 ou 446051 - 446062 et 446095 - 446106 en supplément des trois autres prestations.

Sérodiagnostic d'une infection par le virus de l'Herpès simplex I et/ou II :

6944	584651	584662	un test.....	B	286
6970	584673	584684	deux tests ou plus.....	B	525
6971	584695	584706	Sérodiagnostic d'une infection par le virus de l'Herpès Zoster.....	B	286
6945	584710	584721	Test rapide de dépistage de la mononucléose avec ou sans absorption.....	B	76
6946	584732	584743	Réaction de Paul et Bunnell avec absorption.....	B	239

Sérodiagnostic d'une infection par le virus Epstein-Barr :

6947	584754	584765	Une technique.....	B	334
6948	584776	584780	Deux techniques ou plus.....	B	601

Sérodiagnostic d'une infection par le virus des oreillons :

6949	584791	584802	Une technique.....	B	239
6950	584813	584824	Deux techniques ou plus.....	B	525

Sérodiagnostic d'une infection par le virus de la rougeole :

6951	584835	584846	Une technique.....	B	239
6952	584850	584861	Deux techniques ou plus.....	B	525
6953	584872	584883	Contrôle d'immunité contre la rubéole.....	B	239
6954	584894	584905	Sérodiagnostic d'une infection récente par le virus de la rubéole, minimum deux techniques.....	B	525
6972	584916	584920	Mise en évidence des anticorps IgM par ultracentrifugation dans les cas de femmes enceintes dans les quatre premiers mois de la grossesse et si le résultat de la prestation 584894 - 584905 permet de suspecter une infection récente mais non de la dater par rapport au début de la grossesse.....	B	1500

Sérodiagnostic d'une infection virale d'un syndrome spécifié par le médecin-prescripteur :

6955	584931	584942	Pour un syndrome respiratoire, par test (maximum 8 tests peuvent être portés en compte).....	B	286
6956	584953	584964	Pour un syndrome neurologique, par test (maximum 12 tests peuvent être portés en compte).....	B	286
6957	584975	584986	Pour une éruption et/ou adénopathie, par test (maximum 10 tests peuvent être portés en compte).....	B	286
6958	584990	585001	Pour un syndrome pleuro-péricardique et/ou myocardique, par test (maximum 10 tests peuvent être portés en compte).....	B	286

Les prestations 584931 - 584942, 584953 - 584964, 584975 - 584986, 584990 - 585001 ne sont pas cumulables entre elles, et ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 584511 - 584522, 584533 - 584544, 584555 - 584566, 584570 - 584581, 584592 - 584603, 584614 - 584625, 584651 - 584662, 584710 - 584721, 584732 - 584743, 584754 - 584765, 584776 - 584780, 584791 - 584802, 584813 - 584824, 584835 - 584846, 584850 - 584861, 584872 - 584883, 584894 - 584905, 584673 - 584684, 584695 - 584706, 584916 - 584920 et 446014 - 446025, 446036 - 446040, 446051 - 446062, 446073 - 446084, 446095 - 446106, 446110 - 446121.

6973	585012	585023	Code additif aux prestations 584931 - 584942, 584953 - 584964, 584975 - 584986, 584990 - 585001 par virus si on effectue le test par séroneutralisation sur culture de tissus, par test, maximum six.....	B	150
------	--------	--------	---	---	-----

d) Parasites animaux :

Sérodiagnostic de la toxoplasmose :

6959	585115	585126	Par immunofluorescence et/ou enzymo-immunologique IgG.....	B	286
------	--------	--------	--	---	-----

6960	585130	585141	Par immunofluorescence et/ou enzymo-immunologique IgM.....	B	429
6961	585152	585163	Par hémagglutination passive.....	B	172
6962	585174	585185	Par réaction de fixation du complément.....	B	286
6963	585196	585200	Par test de lyse des toxoplasmes et/ou test de colo- ration vitale des toxoplasmes..... (Maximum deux des prestations 585115 - 585126, 585130 - 585141, 585152 - 585163, 585174 - 585185, 585196 - 585200 peuvent être portées en compte).	B	334
6964	585211	585222	Sérodiagnostic des autres parasitoses que la toxoplas- mose (à l'exclusion des techniques au latex et des techniques par immuno-électrophorèses) par test (maximum cinq tests peuvent être portés en compte)...	B	239
6967	585233	585244	Sérodiagnostic des autres parasitoses que la toxo- plasmose par immuno-électrophorèse à l'aide d'anti- gènes parasitaires par test, maximum trois.....	B	334
e) Champignons :					
6965	585314	585325	Sérodiagnostic des mycoses, par test..... (Maximum six tests peuvent être portés en compte).	B	239
6° Examens micro-biologiques et microscopiques :					
A. Sang, liquide céphalo-rachidien, urines, sucs gas- trique et duodénal, frottis de gorge, selles, pus, exsudats, expectorations, liquide de ponction, sperme :					
I. Recherches directes d'agents infectieux dans le prélèvement :					
6365	585513	585524	Examen microscopique et identification de germes par technique d'immunofluorescence en dehors de la cultu- re (non cumulable avec les prestations 585550 - 585561, 585572 - 585583, 585594 - 585605, 585616 - 585620 et 585631 - 585642).....	B	143
6368	585535	585546	Recherche des rotavirus et/ou d'adénovirus dans les matières fécales, chez l'enfant de moins de deux ans.	B	239
6334	585550	585561	Identification immunologique directe d'antigènes d'agents infectieux dans le liquide céphalo-rachi- dien, par antigène (maximum 4).....	B	239
6335	585572	585583	Identification immunologique directe d'antigènes de gonocoques ou de chlamydias quel que soit le nombre de prélèvements, par test (maximum 2).....	B	239
6336	585594	585605	Identification immunologique directe d'antigènes d'agents infectieux dans l'urine, en cas de méningite, par antigène (maximum 4).....	B	239
6337	585616	585620	Identification immunologique directe d'antigènes du streptocoque B chez le nouveau-né sur l'aspiration gastrique.....	B	239
6338	585631	585642	Identification immunologique directe d'antigènes d'agents infectieux sur prélèvement de ponction pleu- rale ou trachéale, par antigène (maximum 2).....	B	239
6339	585653	585664	Mise en évidence de germes anaérobies dans le pus par chromatographie gazeuse.....	B	239

II. Recherches d'agents infectieux par mise en culture des prélèvements.

a) Bactéries :

6379	585712	585723	Hémoculture (aérobies), avec identification des germes en cas de culture positive.....	B	383
6380	585734	585745	Hémoculture (anaérobies) avec identification des germes en cas de culture positive.....	B	434
6381	585756	585760	Urinoculture avec identification des germes en cas de culture positive.....	B	338
6382	585771	585782	Mise en culture d'expectorations, frottis de gorge, de bile ou de sperme avec identification des germes en cas de culture positive.....	B	434
6383	585793	585804	Mise en culture de pus, exsudats, liquides de ponction ou liquide céphalo-rachidien (aérobies) avec identification des germes en cas de culture positive.....	B	434
6384	585815	585826	Mise en culture de pus, exsudats, liquides de ponction ou liquide céphalo-rachidien (anaérobies).....	B	348
6385	585830	585841	Identification des germes anaérobies stricts, en cas de culture positive.....	B	696
6386	585852	585863	Coproculture à l'exclusion des recherches de campylobacter et clostridium difficile avec identification des germes pathogènes en ce compris les agglutinations par les sérums.....	B	817
6387	585874	585885	Coproculture pour recherche et identification de campylobacter et/ou de clostridium difficile.....	B	153
6388	585896	585900	Recherche de la toxine du clostridium difficile (non cumulable avec la prestation précédente).....	B	382

b) Mycobactéries et mycoplasmes :

6389	586014	586025	Mise en culture des mycobactéries avec identification du bacille de Koch en cas de culture positive.....	B	608
6390	586036	586040	Identification des mycobactéries autres que le bacille de Koch.....	B	696
6391	586051	586062	Mise en culture et identification des mycoplasmes....	B	348

c) Champignons :

6392	586110	586121	Mise en culture des champignons.....	B	109
6393	586132	586143	Identification de champignons par méthodes biochimiques et/ou sérologiques.....	B	348

d) Virus et chlamydias :

6394	586213	586224	Culture de virus y compris leur identification éventuelle.....	B	1500
6378	586235	586246	Culture de chlamydias.....	B	817

e) Sensibilités des germes :

6395	586316	586320	Détermination de la sensibilité aux antibiotiques et aux sulfamides des germes autres que le bacille de Koch, après identification des germes pathogènes.....	B	383
------	--------	--------	---	---	-----

6396	586331	586342	Détermination de la sensibilité aux antibiotiques et aux sulfamides des germes autres que le bacille de Koch par la méthode des dilutions avec mesure des concentrations minimum inhibitrices des produits testés, après identification des germes pathogènes (non cumulable avec la prestation n° 586316 - 586320).....	B	547
Détermination de la sensibilité du bacille de Koch aux antibiotiques :					
6397	586353	586364	Le premier antibiotique.....	B	434
6398	586375	586386	Les suivants, chacun.....	B	278
6399	586390	586401	Étude du pouvoir bactéricide et/ou bactériostatique du sang ou d'une humeur vis-à-vis de souches bactériennes infectant le malade.....	B	434
III. Divers :					
6375	586515	586526	Recherche de la virulence d'un germe sur animaux.....	B	782
6376	586530	586541	Préparation par tyndallisation d'un vaccin autogène et contrôle de stérilité.....	B	695
6377	586552	586563	Dosage des antibiotiques dans le sérum sanguin ou une humeur.....	B	434
B. Liquide céphalo-rachidien :					
6460	586611	586622	Examen cytologique : numération des leucocytes.....	B	70
6461	586633	586644	Examen cytologique : formule des leucocytes.....	B	139
6462	586655	586666	Examen microbiologique direct sans recherche du bacille de Koch.....	B	139
6463	586670	586681	Recherche du bacille de Koch.....	B	174
6464	586692	586703	Test à la limule.....	B	334
C. Sucs gastrique et duodéal :					
6465	586810	586821	Examen microscopique des biles séparées, par échantillon, trois au maximum.....	B	122
6466	586832	586843	Recherche du bacille de Koch.....	B	209
D. Pus, exsudats, expectorations, liquides de ponction, sperme :					
6467	586913	586924	Examen cytologique des liquides de ponction avec numération et formule leucocytaire.....	B	209
6468	586935	586946	Examen du sperme : test de Hühner.....	B	174
6469	586950	586961	Examen du sperme : numération et mobilité.....	B	278
6470	586972	586983	Examen du sperme : formule après coloration.....	B	278
7° Hormonologie :					
6472	587215	587226	Dosage des catécholamines urinaires.....	B	572
6473	587230	587241	Dosages séparés de l'adrénaline et de la noradrénaline urinaires (pas cumulable avec la prestation n° 587215 - 587226).....	B	954
6474	587252	587263	Dosage des catécholamines plasmatiques.....	B	668

6475	587274	587285	Dosages séparés de l'adrénaline et de la noradrénaline plasmatiques (pas cumulable avec la prestation n° 587252 - 587263).....	B	1049
6476	587296	587300	Dosage des métanéphrines urinaires.....	B	153
6477	587311	587322	Dosages séparés de la métanéphrine et de la normétanéphrine urinaires (pas cumulable avec la prestation n° 587296 - 587300).....	B	477
6478	587333	587344	Dosage de la dopamine urinaire.....	B	572
6479	587355	587366	Dosage de l'acide vanyl-mandélique et/ou de l'acide homovanillique et/ou du métoxyhydroxyphénylglycol dans l'urine.....	B	477
6480	587370	587381	Dosage de l'acide 5 - hydroxy-indolacétique dans l'urine et/ou le liquide céphalo-rachidien.....	B	477
6481	587392	587403	Dosage global des 17 cétostéroïdes urinaires.....	B	477
6482	587414	587425	Dosage fractionné des 17 cétostéroïdes urinaires avec dosage de la déhydroépiandrostérone, de l'androstérone et de l'étiocholanolone au minimum.....	B	1813
6483	587436	587440	Dosage du cortisol plasmatique.....	B	382
6484	587451	587462	Dosage des 17 hydroxy-corticostéroïdes urinaires....	B	572
6485	587473	587484	Dosage du cortisol libre urinaire..... La prestation n° 587473 - 587484 n'est pas cumulable avec la prestation n° 449632 - 449643.	B	382
6486	587495	587506	Dosage des gonadotrophines chorioniques (H.C.G.) urinaires.....	B	477
6487	587510	587521	Diagnostic immunologique de la grossesse par procédé en tube.....	B	172
6488	587532	587543	Dosage des phénolstéroïdes totaux urinaires et/ou de l'oestriol urinaire.....	B	477
6489	587554	587565	Dosages séparés de l'oestrone, de l'oestradiol et de l'oestriol urinaires (pas cumulables avec la prestation n° 587532 - 587543).....	B	1288
6490	587576	587580	Dosage des oestrogènes totaux et/ou de l'oestriol dans le plasma (non cumulable avec les prestations 448615 - 448626 et 448652 - 448663).....	B	477
6491	587591	587602	Dosage du prégnandiol urinaire.....	B	620
6492	587613	587624	Dosage du prégnanetriol urinaire.....	B	620
6493	587635	587646	Fractionnement chromatographique des prégnanestéroïdes urinaires avec dosages du prégnandiol et du prégnanetriol au minimum (prestation non cumulable avec les prestations n°s 587591 - 587602 et 587613 - 587624).....	B	1049
6494	587650	587661	Fractionnement chromatographique des 17 cétostéroïdes et des prégnanestéroïdes urinaires avec dosage de la déhydroépiandrostérone, de l'androstérone et de l'étiocholanolone ainsi que de leurs dérivés oxygénés en C 11, du prégnandiol et du prégnanetriol au minimum (prestation non cumulable avec les prestations n°s 587414 - 587425, 587591 - 587602, 587613 - 587624 et 587635 - 587646).....	B	2147
6495	587672	587683	Dosage de la thyroxine (T 4) plasmatique totale.....	B	382
6496	587694	587705	Dosage de la capacité de saturation de la T.B.G.....	B	382

6497	587716	587720	Dosage de la thyroxine plasmatique totale et de la capacité de saturation de la T.B.G.....	B	764
------	--------	--------	--	---	-----

Les prestations 587672 - 587683, 587694 - 587705, 587716 - 587720 et 448011 - 448022, 448033 - 448044, 448055 - 448066, 448070 - 448081, 448092 - 448103, 448114 - 448125, 448136 - 448140, 448151 - 448162, 448173 - 448184, 448195 - 448206, 448210 - 448221, 448232 - 448243, 448254 - 448265 ne sont pas cumulables entre elles.

6498	587731	587742	Dosage de l'insuline plasmatique.....	B	477
------	--------	--------	---------------------------------------	---	-----

6499	587753	587764	Dosage de la testostérone et/ou de l'androstanédiol urinaire par chromatographie.....	B	1288
------	--------	--------	---	---	------

Lorsque plus de trois dosages d'une hormone sont effectués lors d'une épreuve d'inhibition ou de stimulation ou lors d'une évaluation d'un cycle nycthémeral, maximum trois dosages peuvent être portés en compte.

§ 2. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en anatomo-pathologie (A) :

a) Examens histologiques :

5980	588011	588022	Examen anatomo-pathologique par inclusion et coupe, quel que soit le nombre des coupes ou les techniques mises en oeuvre : par organe anatomique ou pour un ou plusieurs relais ganglionnaires.....	B	1043
------	--------	--------	---	---	------

5981	588033	588044	Examen anatomo-pathologique extemporané peropératoire, quel que soit le nombre de prélèvements par la méthode à congélation (non compris les examens de contrôle par enrobage).....	B	1390
------	--------	--------	---	---	------

5982	588055	588066	Examen histo-enzymologique sur tissus frais après incubation, quel que soit le nombre d'enzymes étudiées (p.m. frottis sanguins cfr. chapitre hématologie)....	B	1390
------	--------	--------	--	---	------

Examens immuno-histologiques pour la mise en évidence d'antigènes au niveau des coupes tissulaires, après incubation avec antisérums, par organe anatomique, par antisérum utilisé :

5983	588070	588081	Le premier antisérum.....	B	1390
------	--------	--------	---------------------------	---	------

5984	588092	588103	Les suivants (maximum trois), chacun.....	B	690
------	--------	--------	---	---	-----

5994	588114	588125	Examen anatomo-pathologique au microscope électronique quelles que soient la ou les techniques utilisées, quel que soit le nombre de prélèvements.....	B	3000
------	--------	--------	--	---	------

b) Examens cytologiques :

5985	588313	588324	Examen cytopathologique de cellules enrobées.....	B	782
------	--------	--------	---	---	-----

5986	588335	588346	Examens cytopathologiques hormonaux (Papanicolaou et/ou similaire) sur des prélèvements gynécologiques, quel que soit le nombre de frottis et quel que soit le nombre de prélèvements gynécologiques différents...	B	261
------	--------	--------	--	---	-----

5987	588350	588361	Examens cytopathologiques pour la recherche de cellules néoplasiques (Papanicolaou et/ou similaire et/ou fluorescence) sur des prélèvements gynécologiques, quel que soit le nombre de frottis et quel que soit le nombre de prélèvements gynécologiques différents (non cumulable avec la prestation 588335 - 588346)...	B	651
5988	588372	588383	Examens cytopathologiques pour la recherche de cellules néoplasiques (Papanicolaou et/ou similaire et/ou fluorescence) sur des prélèvements autres que gynécologiques, quel que soit le nombre de frottis...	B	651

c) Examens génétiques :

5990	588615	588626	Caryogramme (autres cas que ceux prévus à la prestation n° 588652 - 588663).....	B	8000
5991	588630	588641	Détermination de la chromatine sexuelle.....	B	209
5992	588652	588663	Caryogramme sur culture de cellules amniotiques.....	B	8000
5993	588674	588685	Mise en culture de cellules amniotiques en vue d'un caryogramme (prestation 588652 - 588663) et/ou d'un dosage d'enzymes intracellulaires (prestation 576833 - 576844) (ne peut être portée en compte qu'une fois même si les deux prestations 588652 - 588663 et 576833 - 576844 ont dû être effectuées).....	B	3000

Les prestations 588615 - 588626, 588652 - 588663, 588674 - 588685 et 576833 - 576844 ne peuvent être portées en compte que si elles sont effectuées dans un laboratoire de biologie clinique lié à un Centre de génétique humaine ayant l'agrément du Ministre qui a la Prévoyance sociale dans ses attributions.

Les prestations n°s 580053 - 580064 et 580075 - 580086 peuvent également être portées en compte lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en anatomo-pathologie.

§ 3. Supplément d'honoraires :

5999	589993		Supplément d'honoraires aux analyses de biologie clinique, d'anatomo-pathologie et/ou de médecine nucléaire in vitro, si les honoraires pour l'ensemble de ces analyses sont inférieurs à B 300.....	B	40
------	--------	--	--	---	----

Cette prestation est réservée aux seuls médecins spécialistes en biologie clinique, médecins spécialistes en anatomo-pathologie ou aux pharmaciens et licenciés en sciences agrées par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique. Cette prestation ne s'applique pas aux analyses effectuées pour les patients hospitalisés.

L'ensemble des analyses, visé dans l'intitulé de la prestation 589993, concerne toutes les analyses effectuées (par un ou plusieurs biologistes et quelle que soit leur date d'exécution) sur tous les échantillons qui entrent et sont prélevés un même

jour dans le laboratoire. Les prélèvements se rapportant à une même prescription sont toujours réputés être exécutés le même jour sauf lorsque le médecin prescripteur précise expressément que les prélèvements doivent être effectués en plusieurs jours pour des raisons médicales.

Les différents laboratoires, à l'exclusion des laboratoires monospécialisés en anatomo-pathologie, qui travaillent dans le cadre d'un même hôpital, un même campus universitaire, ou une même institution de soins, sont à considérer comme un tout.

Lorsqu'une partie des analyses est envoyée pour exécution à un autre laboratoire, la prestation n° 589993, ne peut être attestée par cet autre laboratoire. Le premier laboratoire doit cependant tenir compte de ces analyses transmises pour déterminer si la valeur B 300 est atteinte ou non.

Règles applicables aux prestations de biologie clinique reprises à l'article 24, §§ 1 et 2, ainsi qu'à l'article 3, § 1er.

§ 4. Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une discipline autre que la biologie clinique ou l'anatomo-pathologie sont autorisés, pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité, à porter en compte les prestations connexes à cette spécialité.

Les prestations de biologie clinique reprises à l'article 3, § 1er, peuvent être portées en compte par tout médecin, mais uniquement pour les malades qu'il soigne dans le cadre de sa qualification.

§ 5. Les pharmaciens et les licenciés en sciences agréés par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique peuvent pratiquer celles des prestations visées à l'article 24, § 1er, pour lesquelles ils sont agréés.

L'agrégation mentionne les prestations pour lesquelles ils sont qualifiés.

Les dispositions relatives aux prestations médicales s'appliquent également aux prestations effectuées par les pharmaciens ou les licenciés en sciences susvisés.

§ 6. Les prestations de biologie clinique et d'anatomo-pathologie pratiquées à l'aide d'auxiliaires qualifiés peuvent être portées en compte par le médecin pour autant qu'il soit physiquement présent dans le laboratoire au moment où les prestations sont effectuées. Cette présence implique un contrôle direct, réel et effectif des prestations.

Lorsqu'un seul spécialiste en biologie clinique est agréé dans un laboratoire, il ne peut porter en compte les prestations d'un autre laboratoire que pendant les périodes où le premier laboratoire n'effectue aucune prestation.

Les médecins n'ayant pas la qualification de spécialiste en biologie clinique ou en anatomo-pathologie ne doivent pas assis-

ter à chacune des phases que comportent les prestations, mais doivent être présents dans le laboratoire pendant que se déroulent les phases essentielles de celles-ci de façon à en assurer un contrôle direct et effectif. Ils doivent être présents dans l'établissement où fonctionne le laboratoire pendant toute la durée d'exécution des prestations.

§ 7. Les honoraires pour les prestations de biologie clinique et d'anatomo-pathologie effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de spécialiste en biologie clinique ou en anatomo-pathologie ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade.

§ 8. Les prélèvements spéciaux nécessaires aux prestations de biologie clinique et d'anatomo-pathologie sont honorés en supplément, conformément aux dispositions de la nomenclature qui les concernent.

§ 9. Chaque prestation de biologie clinique ou d'anatomo-pathologie comporte l'ensemble des manipulations permettant de réaliser une analyse et de garantir la valeur de son résultat.

Lorsque des examens sont effectués sur deux ou plusieurs échantillons d'un même prélèvement ou lorsque plusieurs dosages d'une même substance sont exécutés selon des méthodes différentes, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

§ 10. Les analyses qualitatives et semi-quantitatives faites à l'aide de tigelles, comprimés, tablettes ou autres moyens comparables ne sont pas considérées comme des dosages.

§ 11. Chaque prestation de biologie clinique doit comporter un protocole mentionnant le résultat et les éléments nécessaires à son interprétation.

Chaque examen d'anatomo-pathologie doit être accompagné d'un rapport.

§ 12. Pour pouvoir être portées en compte, les prestations de biologie clinique ou d'anatomo-pathologie, effectuées par un médecin spécialiste en biologie clinique ou en anatomo-pathologie ou par toute personne agréée pour les exécuter, doivent répondre aux conditions suivantes :

- 1. Avoir été prescrites au patient par un médecin ayant ce patient en traitement soit dans le cadre de la médecine générale soit dans le cadre d'une spécialité médicale, à l'exclusion de la biologie clinique.

En dérogation à cette règle générale, le médecin biologiste peut porter en compte des modifications apportées à la prescription originale du médecin traitant pour autant :

- que la justification médicale de cette modification soit établie sur des bases objectives et individuelles dans chaque cas;

- que cette justification médicale soit inscrite sur la demande d'analyse et figure sur la réponse;

- que les analyses supplémentaires correspondant à cette modification de prescription soient accompagnées sur l'attestation de soins de la mention : "prestation demandée par le médecin biologiste".

2. La prescription d'analyses de biologie clinique ou la demande de leur répétition périodique ne peut être rédigée qu'après examen du patient.

Conformément au code de déontologie médicale, le médecin ne peut prescrire d'analyses sur l'intérêt médical desquelles il n'aurait pas de connaissances suffisantes ou qu'il ne serait pas capable d'interpréter correctement dans le contexte clinique présenté par son patient.

3. La prescription d'analyses de biologie clinique doit comporter les indications suivantes :

- nom, prénom, adresse, date de naissance et sexe du patient;

- nom, prénom, adresse, numéro d'identification du médecin prescripteur;

- date de la prescription et signature du médecin prescripteur.

4. Les analyses doivent être prescrites séparément, une seule appellation ne pouvant couvrir plusieurs prestations figurant à la nomenclature sous des numéros de code différents.

Lorsque les demandes d'analyses sont constituées par des listes préimprimées ou apposées à l'aide de cachets, elles doivent comporter des cases permettant au médecin prescripteur d'indiquer positivement et séparément chaque analyse demandée par cochage, soulignement ou perforation.

L'usage des libellés à prestations multiples ou de case de tête permettant de demander en une fois plusieurs analyses n'est pas autorisé, même si le formulaire de demande permet par ailleurs la réquisition individuelle des analyses.

Aucune analyse ne peut être considérée comme ayant été véritablement demandée par suppression sur des listes préétablies des autres analyses non désirées.

Les prescriptions comporteront des indications médicales nécessaires au biologiste pour pouvoir orienter ses examens et les effectuer selon les règles de l'art. Ces données ne feront notamment jamais défaut lors de demandes dans le cadre du monitoring thérapeutique, de la toxicologie, de la virologie, de la parasitologie et de la mycologie.

5. L'attestation de soins doit porter les nom, prénom et numéro d'identification du médecin prescripteur ainsi que la date de réception de la demande au laboratoire. Les analyses appartenant à une même prescription doivent être groupées clairement sur l'attestation de soins.

6. Les prescriptions d'analyses de biologie clinique doivent être gardées pendant trois ans par le biologiste. Elles

Out 24

doivent être classées par ordre chronologique sur base de la date de réception des demandes. Elles sont exigibles pour vérification, même en dehors de toute enquête par les Ordres, le Service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I., les instances judiciaires.

7. Les mêmes dispositions sont applicables aux médecins effectuant les prestations reprises à l'article 18, § 2, B, e.

§ 13. Les tests de dépistage d'affections congénitales chez les nouveau-nés qui sont prévus dans les programmes de screening néo-natal organisé par une législation de la Santé publique ne peuvent pas être prescrits, ni être portés en compte dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

Section 12 - Surveillance des bénéficiaires hospitalisés.

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

(1)	(3)		C	
0080	598006	les cinq premiers jours, par jour.....	C	12
0081	598021	du sixième au douzième jour inclus, par jour.....	C	6
0082	598043	le treizième jour et les jours suivants, par jour....	C	3
0083	598301	Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuro-psychiatrie, d'un malade psychique, hospitalisé dans un établissement avec service O, K et/ou P agréés, du treizième au soixantième jour inclus, par jour.....	C	6
0084	598404	Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neuro-psychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour.....	C	16
0085	598500	Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuro-psychiatrie d'un malade hospitalisé dans un service A, du sixième au soixantième jour inclus, par jour.....	C	9
		Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en gastro-entérologie, en pneumologie, en rhumatologie d'un malade hospitalisé dans un service D :		
0074	598706	les cinq premiers jours, par jour.....	C	17,5
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

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

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	17,5
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

Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en pédiatrie d'un malade hospitalisé dans un service N :

0078	599001	les cinq premiers jours, par jour.....	C	17,5
0079	599023	le sixième jour et les jours suivants, par jour.....	C	8
0090	599082	Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance.....	C	12
0091	599104	Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M.....	C	12
0092	599200	Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste en neuro-psychiatrie, d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance.....	C	26

§ 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 1, 2 ou 3 jours ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires tels qu'ils sont prévus en début d'hospitalisation.

Dans les services O, K, P, A, T et V, 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.

2° Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale, sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention. Ces 10 jours se comptent à partir du premier jour d'hospitalisation du bénéficiaire sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie externe ou d'un médecin spécialiste en anesthésie.

Lorsqu'une telle intervention se situe plus de 10 jours après l'admission du bénéficiaire sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie externe ou anesthésiste, la période d'immunisation prend cours le jour où l'acte chirurgical, obstétrical ou orthopédique est presté.

3° Les dispositions prévues au 2° du présent littera sont également applicables aux médecins non spécialistes en pathologie externe qui pratiquent des interventions thérapeutiques chirurgicales ou orthopédiques ou obstétricales.

4° Les honoraires de surveillance prévus sous les n°s 598721, 598743, 598706, 598802, 598824, 598846, 599001, 599023 et 598006, 598021, 598043, 598301, 598404, 598500 ne peuvent être portés en compte qu'une fois par jour et par bénéficiaire hospitalisé.

Les honoraires pour la prestation n° 598006 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations n°s 598706, 598802, 599001 et 598404.

Les honoraires pour la prestation n° 598802 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour la prestation n° 599001.

Les honoraires pour la prestation n° 598021 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations n°s 598721, 598824, 599023 et 598500.

Les honoraires pour la prestation n° 598043 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations n°s 598743, 598846, 599023, 598301 et 598500.

b) 1° Les honoraires pour les prestations 599082 et 599200 ne peuvent être cumulés avec les honoraires de surveillance ni avec les honoraires pour actes techniques diagnostiques ou thérapeutiques effectués par le médecin appelé ou par un médecin appartenant à la même discipline que ce dernier, pendant une même période d'hospitalisation.

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

3° Cette consultation ne peut être portée en compte que lorsqu'elle est demandée par un médecin d'une autre discipline que celle du médecin examinateur.

4° Pour l'application des dispositions prévues sous 1°, 2° et 3° ci-dessus, sont censés appartenir à la même discipline :

- les médecins spécialistes en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie et en pédiatrie;
- les médecins spécialistes en chirurgie, en urologie et en orthopédie.

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

Section 13 - Supplément pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié.

Art. 26. § 1er. Les honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié sont augmentés de :

(1)	(2)	(3)		
1951	599513	599524	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 300 ou N 500 ou B 6000.....	K 150
1952	599535	599546	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 180 ou N 300 ou B 3600 et égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou B 6000.....	K 120
1953	599550	599561	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 120 ou N 200 ou B 2400 et égale ou inférieure à K 180 ou N 300 ou B 3600.....	K 100
1954	599572	599583	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 75 ou N 125 ou B 1500 et égale ou inférieure à K 120 ou N 200 ou B 2400.....	K 80
1955	599594	599605	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 50 ou N 85 ou B 1000 et égale ou inférieure à K 75 ou N 125 ou B 1500.....	K 60
1956	599616	599620	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 25 ou N 42 ou B 500 et égale ou inférieure à K 50 ou N 85 ou B 1000.....	K 40
1957	599631	599642	Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 10 ou N 17 ou B 200 et égale ou inférieure à K 25 ou N 42 ou B 500.....	K 20
1958	599653	599664	Pour les prestations dont la valeur relative est égale ou inférieure à K 10 ou N 17 ou B 200.....	K 12

§ 2. La nuit s'entend de 21 heures à 8 heures. Le week-end s'entend du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures.

Le jour férié s'entend depuis la veille de ce jour à 21 heures jusqu'au lendemain de ce même jour à 8 heures.

Les jours fériés donnant droit aux suppléments prévus au § 1er sont : 1er janvier, lundi de Pâques, 1er mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1er novembre, 11 novembre, 25 décembre.

§ 3. Les honoraires supplémentaires pour les prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end sont remboursés aussi bien lorsque ces prestations sont faites au cabinet du médecin qu'au domicile du malade ou qu'en milieu hospitalier, aussi bien lors de l'admission qu'au cours de l'hospitalisation.

§ 4. Les prestations 423010 - 423021, 423032 - 423043, 424115 - 424126, 424012 - 424023, 424034 - 424045, 474515 - 474526, 474530 - 474541, 474552 - 474563, 474574 - 474585, 477374 - 477385 et 477396 - 477400 survenant la nuit, pendant le week-end ou durant un jour férié, ne donnent pas lieu au paiement des honoraires supplémentaires d'urgence.

La prestation 317295 - 317306 ne donne pas lieu à des honoraires supplémentaires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié.

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

Des prestations 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023 et 214034 - 214045, seules les prestations 211013 - 211024, 211116 - 211120, 212015 - 212026, 212516 - 212520, 213010 - 213021 ou 214012 - 214023 peuvent donner lieu à des honoraires supplémentaires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié et pour autant que l'installation ait été effectuée pendant les heures et jours mentionnés.

§ 5. Les suppléments pour prestations techniques urgentes ne peuvent être portés en compte que dans les cas où l'état du patient nécessite que ces soins soient effectués d'urgence pendant les heures et jours mentionnés. Ces suppléments ne peuvent être portés en compte lorsque les prestations techniques sont effectuées, pendant les jours et heures mentionnés, pour des raisons personnelles du médecin ou par suite d'exigence particulière du patient.

§ 6. Le supplément pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end, donne lieu à l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les mêmes conditions que les prestations elles-mêmes.

§ 7. En cas de prestations multiples effectuées d'urgence, pendant la nuit ou le week-end, chez un même malade, la somme des honoraires prévus pour chacune d'entre elles constitue la base sur laquelle est déterminé le supplément de nuit ou de week-end.

Pour le week-end et les jours fériés, les suppléments sont calculés par période de 24 heures, débutant le matin à 8 heures. Les prestations effectuées par des prestataires appartenant à une même spécialité, travaillant dans le cadre d'un même hôpital ou d'une même institution de soins, sont à considérer comme un tout.

§ 8. Parmi les prestations de biologie clinique de l'article 3, § 1, de l'article 18, § 2, B, e, et de l'article 24, seules donnent lieu à des honoraires supplémentaires les prestations énumérées ci-après :

130012 - 130023, 130034 - 130045, 130115 - 130126, 130130 - 130141, 130513 - 130524, 130535 - 130546, 130756 - 130760, 130771 - 130782, 131051 - 131062, 131250 - 131261, 132053 - 132064, 132075 - 132086, 132090 - 132101, 132134 - 132145, 132156 - 132160, 132171 - 132182, 132230 - 132241, 134013 - 134024, 134035 - 134046, 134131 - 134142, 134912 - 134923, 135015 - 135026, 135030 - 135041, 135111 - 135122, 135133 - 135144, 135516 - 135520, 135531 - 135542, 135752 - 135763, 135774 - 135785, 136054 - 136065, 136253 - 136264, 137056 - 137060, 137071 - 137082, 137093 - 137104, 137130 - 137141, 137152 - 137163, 137174 - 137185, 137233 - 137244, 139016 - 139020, 139031 - 139042, 139134 - 139145, 139915 - 139926, 585513 - 585524, 586633 - 586644, 586655 - 586666, 586692 - 586703, 586913 - 586924, 587495 - 587506, 587510 - 587521, 587532 - 587543, 571093 - 571104, 571130 - 571141, 571152 - 571163, 571196 - 571200, 571211 - 571222, 571233 - 571244, 571255 - 571266, 571292 - 571303, 571395 - 571406, 571535 - 571546, 571550 - 571561, 571572 - 571583, 571594 - 571605, 571616 - 571620, 571933 - 571944, 571970 - 571981, 571992 - 572003, 572014 - 572025, 572132 - 572143, 572154 - 572165,

- 572250 - 572261, 572530 - 572541, 572552 - 572563, 572574 -
- 572585, 572596 - 572600, 572633 - 572644, 572670 - 572681,
- 572692 - 572703, 572736 - 572740, 572832 - 572843, 573016 -
- 573020, 573053 - 573064, 573075 - 573086, 573090 - 573101,
- 573694 - 573705, 573790 - 573801, 574114 - 574125, 574151 -
- 574162, 574210 - 574221, 574276 - 574280, 574335 - 574346,
- 574372 - 574383, 575993 - 576004, 576214 - 576225, 576251 -
- 576262, 576472 - 576483, 577511 - 577522, 577533 - 577544,
- 577555 - 577566, 577570 - 577581, 577592 - 577603, 577636 -
- 577640, 577651 - 577662, 577673 - 577684, 577695 - 577706,
- 577710 - 577721, 577732 - 577743, 577754 - 577765, 577776 -
- 577780, 577791 - 577802, 577813 - 577824, 577835 - 577846,
- 577872 - 577883, 578093 - 578104, 578314 - 578325, 578410 -
- 578421, 578432 - 578443, 578454 - 578465, 578476 - 578480,
- 578491 - 578502, 578513 - 578524, 578535 - 578546, 578550 -
- 578561, 578572 - 578583, 578594 - 578605, 578616 - 578620,
- 578653 - 578664, 578675 - 578686, 578690 - 578701, 579036 -
- 579040, 579051 - 579062, 579073 - 579084, 579095 - 579106,
- 579154 - 579165, 579176 - 579180, 579191 - 579202, 579235 -
- 579246, 580031 - 580042, 580053 - 580064, 580075 - 580086,
- 581055 - 581066, 581210 - 581221, 581416 - 581420, 581431 -
- 581442, 581534 - 581545, 581556 - 581560, 581571 - 581582,
- 581593 - 581604, 581615 - 581626, 581652 - 581663, 582013 -
- 582024, 582035 - 582046, 582050 - 582061, 582072 - 582083,
- 582094 - 582105, 582116 - 582120, 582212 - 582223, 582234 -
- 582245, 582256 - 582260, 585550 - 585561, 585594 - 585605,
- 585616 - 585620, 447311 - 447322, 447333 - 447344 et 448630 -
- 448641.

Les prestations effectuées par un médecin spécialiste en biologie clinique peuvent être portées en compte pour autant qu'elles aient été demandées en urgence par le médecin prescripteur, que le prélèvement ait été effectué pendant les heures sus-mentionnées et que le résultat ait été transmis immédiatement au médecin responsable du traitement d'urgence du patient.

De plus, les résultats de ces analyses doivent avoir été contrôlés, par coups de sonde dans les heures ouvrables immédiatement consécutives à la nuit ou au week-end concerné et ce, par les méthodes normalement utilisées pendant les heures ouvrables. A cette fin, une partie aliquote du prélèvement analysé pendant la nuit ou le week-end doit être conservée jusqu'au contrôle. Les contrôles ne peuvent être portés en compte.

- § 9. Parmi les prestations de radiologie de l'article 17, seules donnent lieu à des honoraires supplémentaires les prestations énumérées ci-après :
- 450015 - 450026, 450030 - 450041,
 - 450170 - 450181, 450516 - 450520, 450531 - 450542, 450553 -
 - 450564, 450575 - 450586, 450774 - 450785, 451010 - 451021,
 - 451032 - 451043, 451054 - 451065, 451135 - 451146, 451695 -
 - 451706, 451710 - 451721, 451754 - 451765, 451776 - 451780,
 - 451835 - 451846, 452690 - 452701, 452712 - 452723, 452734 -
 - 452745, 452793 - 452804, 452815 - 452826, 452830 - 452841,
 - 453014 - 453025, 453036 - 453040, 453051 - 453062, 453154 -
 - 453165, 453176 - 453180, 454016 - 454020, 454031 - 454042,
 - 454156 - 454160, 454171 - 454182, 454193 - 454204, 455011 -
 - 455022, 455033 - 455044, 455055 - 455066, 455070 - 455081,
 - 455092 - 455103, 455114 - 455125, 455136 - 455140, 455151 -
 - 455162, 455173 - 455184, 455195 - 455206, 455210 - 455221,
 - 455232 - 455243, 455254 - 455265, 455276 - 455280, 455291 -
 - 455302, 455313 - 455324, 455335 - 455346, 455350 - 455361,
 - 455372 - 455383, 455416 - 455420, 455431 - 455442, 455453 -
 - 455464, 455475 - 455486, 455490 - 455501, 455534 - 455545,

— 188 —

455556 - 455560, 455630 - 455641, 455652 - 455663, 455696 -
455700, 456013 - 456024, 456035 - 456046, 456050 - 456061,
456094 - 456105, 459071 - 459082, 459104, 459115 = ~~459126~~,
458614 - 458625, 458636 - 458640, 458651 - 458662 et 457111 -
457122.

Les prestations effectuées par un médecin spécialiste en radiologie peuvent être portées en compte pour autant qu'elles aient été demandées en urgence par le médecin prescripteur pendant les heures susmentionnées et que les résultats aient été transmis immédiatement au médecin responsable du traitement d'urgence du patient.

CHAPITRE VI. - Lunettes et autres prothèses de l'oeil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques et autres prothèses.

Art. 27. § 1er. Sont considérés comme relevant de la compétence des bandagistes (Y) :

Bandages pour hernie :

(1)	(2)	(3)			
7900	601016	601020	ombilicale (en caoutchouc).....	Y	9,89
7901	601031	601042	ombilicale.....	Y	38,15
7902	601053	601064	inguinale unilatérale (en caoutchouc).....	Y	9,89
7903	601075	601086	inguinale unilatérale.....	Y	38,15
7904	601090	601101	inguinale bilatérale (en caoutchouc).....	Y	13,08
7905	601112	601123	inguinale bilatérale.....	Y	70,85
7906	601134	601145	scrotale, inguino-scrotale ou crurale unilatérale....	Y	54,5
7907	601156	601160	scrotale, inguino-scrotale ou crurale bilatérale....	Y	98,1
7908	601171	601182	sangle de Glénard.....	Y	38,15
7909	601193	601204	bandage avec suspensoir compressif, sur mesure, pour hernie scrotale irréductible.....	Y	145

Ceinture abdominale sur mesure :

7910	601311	601322	tour des hanches inférieur à 1 m.....	Y	81,75
7911	601333	601344	tour des hanches de 1 m à 1,20 m.....	Y	98,1
7912	601355	601366	tour des hanches de 1,21 m à 1,30 m.....	Y	109
7913	601370	601381	tour des hanches supérieur à 1,30 m.....	Y	119,9
7914	601392	601403	pelote pour ptose gastrique.....	Y	10,9
7915	601414	601425	pelote pour ptose rénale ou hernie inguinale.....	Y	7,63
7916	601436	601440	pelote pour éventration.....	Y	10,9

Lombostat pour affection de la colonne lombo-sacrée en couil et métal, sur mesure :

7011	601613	601624	hauteur de 25 cm maximum.....	Y	130,8
7012	601635	601646	hauteur de 26 cm à 30 cm.....	Y	141,7

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.

(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

7013	601650	601661	hauteur de 31 cm à 40 cm.....	Y	152,6
7014	601672	601683	hauteur de plus de 40 cm.....	Y	175
7015	601694	601705	dorso-lombaire avec épaulières.....	Y	250
7016	601716	601720	supplément pour plaque dorsale rigide d'une largeur minimale de 10 cm.....	Y	13
Appareillage après mammectomie totale :					
7917	601812	601823	Prothèse pour sein après mammectomie totale.....	Y	74,25
Semelles fabriquées suivant empreinte ou moulage : en métal, avec rebord, par pièce :					
7627	602011	602022	pour adultes.....	Y	27,25
7628	602033	602044	pour enfants jusque 12 ans.....	Y	23,98
En cuir et liège ou résine, avec rebord, par pièce :					
7629	602055	602066	pour adultes.....	Y	27,25
7630	602070	602081	pour enfants jusque 12 ans.....	Y	23,98
En plastique, avec rebord, par pièce :					
7631	602092	602103	pour adultes.....	Y	23,98
7632	602114	602125	pour enfants jusque 12 ans.....	Y	21,8
Canule trachéale : appareillage pour usage prolongé après l'hospitalisation au cours de laquelle la canule a été placée :					
7720	602210	602221	en résinyl.....	Y	21,31
7721	602232	602243	en acryl ou silicone, 3 pièces.....	Y	60
7722	602254	602265	en maillechort ou inoxydable, 3 pièces.....	Y	86,24
7723	602276	602280	en argent, 3 pièces.....	Y	194,59
7724	602291	602302	canule parlante de Broca en argent, 3 pièces.....	Y	255,65
7725	602313	602324	canule parlante de Broca en acryl, minimum 3 pièces..	Y	150
Urinal ambulateur :					
I. - Incontinence.					
7726	602416	602420	a) Urinal en caoutchouc, complet avec ceinture, poche caoutchouc.....	Y	79,62
b) Urinal ambulateur avec ceinture à anneau, porte-pénis, poches à vider :					
7727	602431	602442	Ceinture avec anneaux et porte-pénis.....	Y	35,35
7728	602453	602464	Poche doublée avec écoulement et dispositif anti-reflux.....	Y	3,89
7729	602475	602486	Porte-pénis.....	Y	4,43
c) Urinal ambulateur avec porte-pénis et réservoirs à fixer à la jambe :					

7765	602490	602501	Plaque de cinq bandelettes protectrices de gélatine pectine carboxyméthylcellulose.....	Y	4,99
7766	602512	602523	Porte-pénis conique avec embout.....	Y	1,05
7767	602534	602545	15 réservoirs, en plastique avec valve anti-reflux, une paire de lanières, tube en latex et raccord.....	Y	35,58
II - Cystostomie-urétérostomie et autres fistules urinaires.					
7730	602711	602722	a) Collecteur et réservoir en caoutchouc, complet avec ceinture caoutchouc et protection de la sonde	Y	114,98
7731	602733	602744	b) Réservoir en caoutchouc avec ceinture en tissu....	Y	53,06
7732	602755	602766	c) 15 réservoirs en plastique avec valve anti-reflux, une paire de lanières, tube en latex et raccord...	Y	35,58
7733	602770	602781	d) Poche adhésive avec écoulement et valve anti-reflux.....	Y	1,21
7734	602792	602803	e) Poche adhésive avec écoulement à compartiment et double système anti-reflux.....	Y	3,16
7735	602814	602825	f) Appareil complet avec ceinture, 2 poches en caoutchouc avec écoulement, 50 carrés adhésifs double face, anneaux métalliques et caoutchouc.....	Y	216,16
7736	602836	602840	Appareil complet avec ceinture et plaque de pression en plastique, 50 poches à jeter avec écoulement et valve anti-reflux, 50 carrés adhésifs double face, 40 adhésifs réniformes, anneaux métalliques et caoutchouc.....	Y	352,10
g) Collecteur d'urine :					
7739	602851	602862	Collecteur d'urine avec anneau de Karaya et écoulement.....	Y	3,89
40	602873	602884	Ceinture de fixation.....	Y	6,91
h) Appareil avec plaque protectrice de gélatine pectine carboxyméthylcellulose et poche :					
7704	602895	602906	Plaque protectrice de 10 cm X 10 cm.....	Y	5,31
7705	602910	602921	Poche adhésive avec écoulement et valve anti-reflux.....	Y	1,21
i) Appareil avec plaque protectrice de gélatine pectine carboxyméthylcellulose avec anneau de fixation et poche :					
7714	602932	602943	Plaque protectrice de 10 cm X 10 cm avec anneau de fixation.....	Y	5,31
7715	602954	602965	Poche adhésive avec anneau de fixation avec écoulement et valve anti-reflux.....	Y	2,72

Appareillage définitif pour anus artificiel.

Section A : Appareils à poche fermée sans dispositif d'écoulement.

a) Appareil classique :

7741	603013	603024	Ceinture en caoutchouc.....	Y	48,64
7742	603035	603046	Poche en caoutchouc.....	Y	31,86

b) Appareils classiques avec poches à jeter :

7743	603050	603061	Ceinture avec anneau simple et bourrelet de protection indépendant.....	Y	38,91
7744	603072	603083	Poches non adhésives pour 603050 - 603061 et 603094 - 603105.....	Y	0,06
7745	603094	603105	Ceinture avec deux anneaux et bourrelet de protection indépendant.....	Y	70,77

7746	603116	603120	c) Poches adhésives.....	Y	0,83
------	--------	--------	--------------------------	---	------

7747	603131	603142	d) Anneau avec plaque adhésive et six poches.....	Y	2,67
------	--------	--------	---	---	------

7748	603153	603164	e) Poche avec anneau de Karaya.....	Y	1,7
------	--------	--------	-------------------------------------	---	-----

7749	603175	603186	Ceinture de fixation.....	Y	6,9
------	--------	--------	---------------------------	---	-----

7770	603190	603201	e bis) Poche avec anneau de carboxyméthylcellulose et gomme guar.....	Y	1,7
------	--------	--------	---	---	-----

7771	603212	603223	Ceinture de fixation.....	Y	6,9
------	--------	--------	---------------------------	---	-----

f) Appareil avec plaque protectrice de gélatine pectine carboxyméthylcellulose et poche :

7706	603234	603245	Plaque protectrice 10 cm X 10 cm avec ou sans anneau de fixation.....	Y	5,31
------	--------	--------	---	---	------

7716	603256	603260	ou Plaque protectrice de 9 cm X 10 cm avec ou sans anneau de fixation.....	Y	4,78
------	--------	--------	---	---	------

7717	603271	603282	ou Plaque protectrice de 7,5 cm X 7,5 cm avec ou sans anneau de fixation.....	Y	3,97
------	--------	--------	--	---	------

7707	603293	603304	Poche plastique adhésive avec ou sans anneau de fixation.....	Y	0,83
------	--------	--------	---	---	------

f bis) Appareil avec plaque protectrice de carboxyméthylcellulose et esterglycérique de colophane :

7718	603315	603326	Plaque protectrice de 12 cm X 12 cm ou 14 cm X 14 cm.....	Y	3,37
------	--------	--------	---	---	------

7719	603330	603341	Poche adhésive.....	Y	0,83
------	--------	--------	---------------------	---	------

Section B : Appareils avec dispositif d'écoulement.

7750	603514	603525	a) Appareil avec ceinture et 2 poches à coller en caoutchouc avec écoulement.....	Y	106,18
------	--------	--------	---	---	--------

7753	603536	603540	b) Poche adhésive avec écoulement.....	Y	1,07
------	--------	--------	--	---	------

7754	603551	603562	Ceinture de fixation.....	Y	6,9
------	--------	--------	---------------------------	---	-----

7755	603573	603584	c) Poche avec anneau de Karaya et écoulement.....	Y	2,92
7756	603595	603606	Ceinture de fixation.....	Y	6,9
7775	603610	603621	c bis) Poche avec anneau de carboxyméthylcellulose et gomme guar et écoulement.....	Y	2,92
7776	603632	603643	Ceinture de fixation.....	Y	6,9
d) Appareils avec plaque protectrice de gélatine pectine carboxyméthylcellulose et poche :					
7708	603654	603665	Plaque protectrice de 10 cm X 10 cm avec ou sans anneau de fixation.....	Y	5,31
ou					
7710	603676	603680	Plaque protectrice de 9 cm X 10 cm avec ou sans anneau de fixation.....	Y	4,78
ou					
7711	603691	603702	Plaque protectrice de 7,5 cm X 7,5 cm avec ou sans anneau de fixation.....	Y	3,97
7709	603713	603724	Poche adhésive avec ou sans anneau de fixation avec écoulement.....	Y	1,07
d bis) Appareil avec plaque protectrice de carboxyméthylcellulose et esterglycérique de colophane :					
7712	603735	603746	Plaque protectrice de 12 cm X 12 cm ou 14 cm X 14 cm.....	Y	3,37
7713	603750	603761	Poche adhésive avec écoulement.....	Y	1,07
Section C : Dispositif d'irrigation.					
7757	603912	603923	a) Appareil d'irrigation (irrigateur, canule, cône, ceinture et 12 poches).....	Y	71,74
7758	603934	603945	b) Appareil avec irrigateur, canule, ceinture, cupule en plexiglas et 100 poches.....	Y	101,65
9	603956	603960	c) Plaque adhésive obturatrice avec filtre.....	Y	1,24

§ 2. Les prestations visées au § 1er ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin.

§ 3. Les sangles prévues sous le nom de "Sangles de Glénard" ne sont remboursées que s'il est établi que le bénéficiaire présente de la ptose rénale, de la ptose de l'estomac ou du côlon ou une hernie épigastrique.

Les ceintures abdominales ne sont remboursées que s'il est établi que le bénéficiaire présente une ptose rénale, une diastase prononcée des muscles grands droits, une éventration de la paroi abdominale, une hernie ombilicale importante ou un anus artificiel.

§ 4. Les bandes plâtrées utilisées pour le moulage nécessaire à la confection des semelles orthopédiques sont portées en compte à l'assurance et remboursées en supplément de ces semelles, conformément au tarif de remboursement prévu pour ces bandes dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

§ 5. Le renouvellement des bandages et sangles ne peut se faire qu'après un délai de trois ans, celui des ceintures après un délai de quatre ans, suivant la date de la fourniture antérieure.

Toutefois, ce délai est ramené à :

- a) six mois pour les enfants n'ayant pas atteint leur deuxième anniversaire au moment du renouvellement ;
- b) douze mois pour les enfants n'ayant pas atteint leur seizième anniversaire au moment du renouvellement.

§ 6. Par "semelles avec rebord", il faut comprendre des semelles qui empêchent le glissement latéral du pied ou du talon.

§ 7. Les semelles orthopédiques sont remboursées lorsqu'elles sont nécessaires au traitement orthopédique du pied, et à condition qu'elles aient été prescrites par un médecin spécialiste en orthopédie, en médecine physique ou en physiothérapie, en rhumatologie, en chirurgie générale, en pédiatrie ou par tout médecin qui apporte la preuve de sa compétence en podologie.

Le renouvellement des semelles orthopédiques ne peut se faire qu'après un délai de deux ans suivant la date de la fourniture antérieure. Toutefois, ce délai est ramené à un an pour les bénéficiaires dont la dernière fourniture a été exécutée avant leur dix-huitième anniversaire.

Le prix des semelles orthopédiques comprend les corrections rendues nécessaires par les transformations anatomiques du pied pendant respectivement un ou deux ans suivant la date de la fourniture, selon qu'il s'agit d'un bénéficiaire n'ayant pas atteint son dix-huitième anniversaire à ce moment ou d'un bénéficiaire ayant dépassé cet âge.

§ 8. Le renouvellement d'un lombostat en coutil et métal ne peut se faire qu'après un délai de quatre ans suivant la date de la fourniture antérieure.

Toutefois, ce délai est ramené à :

- a) six mois pour les enfants n'ayant pas atteint leur deuxième anniversaire au moment du renouvellement ;
- b) douze mois pour les enfants n'ayant pas atteint leur seizième anniversaire au moment du renouvellement.

Le prix fixé pour un lombostat en coutil et métal comprend la garantie d'un an sur la qualité, mais non les frais pour réparation, entretien et adaptation pendant cette année.

§ 9. Le renouvellement de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour les prestations relatives à l'urinal ambulatoire ne peut se faire que dans les délais suivants comptés à dater du jour de la fourniture :

Six mois

602416 - 602420	602814 - 602825
602431 - 602442	602836 - 602840
602711 - 602722	602873 - 602884
602733 - 602744	

Trois mois

602453 - 602464 - 35 pièces
602475 - 602486 - 15 pièces
602770 - 602781 - 100 pièces
602792 - 602803 - 30 pièces
602851 - 602862 - 30 pièces
602910 - 602921 - 30 pièces
602490 - 602501 - 12 fois 5 pièces
602512 - 602523 - 60 pièces
602534 - 602545 - 1 fois 15 pièces
602755 - 602766 - 1 fois 15 pièces
602895 - 602906 - 20 pièces
602932 - 602943 - 20 pièces
602954 - 602965 - 30 pièces

L'urinal ambulateur est remboursé pour l'appareillage des cas d'incontinence, de cystostomie, d'urétérostomies et de fistules urinaires.

En cas de renouvellement d'urinal ambulateur, la prescription médicale n'est pas requise.

§ 10. Le renouvellement de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour les prestations relatives aux appareils pour anus artificiel ne peut se faire que dans les délais suivants comptés à dater du jour de la fourniture.

Un an

Six mois

603013 - 603024
603050 - 603061
603094 - 603105

603035 - 603046
603175 - 603186
603514 - 603525
603551 - 603562
603595 - 603606
603934 - 603945
603212 - 603223
603632 - 603643

Trois mois

603072 - 603083 - 300 pièces	603610 - 603621 - 45 pièces
603116 - 603120 - 200 pièces	603956 - 603960 - 90 pièces
603131 - 603142 - 45 pièces	603256 - 603260 - 20 pièces
603536 - 603540 - 100 pièces	603271 - 603282 - 20 pièces
603153 - 603164 - 180 pièces	603315 - 603326 - 20 pièces
603573 - 603584 - 45 pièces	603330 - 603341 - 180 pièces
603234 - 603245 - 20 pièces	603676 - 603680 - 20 pièces
603293 - 603304 - 180 pièces	603691 - 603702 - 20 pièces
603654 - 603665 - 20 pièces	603735 - 603746 - 20 pièces
603713 - 603724 - 45 pièces	603750 - 603761 - 45 pièces
603190 - 603201 - 180 pièces	

Deux mois

603912 - 603923

En cas de fourniture d'un dispositif d'irrigation, le nombre de poches à jeter prévu pour le délai de renouvellement des prestations n°s 603072 - 603083, 603116 - 603120, 603131 - 603142 et 603153 - 603164 est réduit de moitié.

En cas d'utilisation d'un dispositif d'irrigation, le malade a le choix entre le nombre de poches prévu à l'alinéa précédent et les plaques obturatrices 603956 - 603960 avec un maximum de nonante plaques par trimestre.

En cas de renouvellement d'appareillage définitif pour anus artificiel, la prescription médicale n'est pas requise.

§ 11. En ce qui concerne les prestations visées aux §§ 9 et 10, le remboursement pour un type de ceinture, de poche ou de réservoir différent de celui qui a été délivré antérieurement ne peut être accordé qu'à l'expiration du délai de renouvellement prévu pour la dernière intervention.

Pour les prestations 602490 - 602501, 602895 - 602906, 602932 - 602943, 603234 - 603245, 603256 - 603260, 603271 - 603282, 603315 - 603326, 603654 - 603665, 603676 - 603680, 603691 - 603702 et 603735 - 603746 le conditionnement doit mentionner la composition complète des plaques protectrices.

§ 11 bis. Le renouvellement de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour la prothèse pour sein ne peut se faire qu'après un délai de deux ans suivant la date de fourniture antérieure.

§ 12. Le renouvellement de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour canules trachéales ne peut se faire qu'après un délai d'un an suivant la date de la fourniture antérieure, sauf si le médecin estime nécessaire le remplacement de la canule fournie par une canule en une autre matière ou d'une autre dimension.

§ 13. Critères minimum de fabrication :

1. BANDAGE HERNIAIRE A RESSORT :

Le ressort constituant l'élément essentiel de cette catégorie de bandages devra être fabriqué suivant des normes bien définies.

a) Constitution du ressort :

Tôle d'acier de première qualité : allongement à l'état recuit de 10 à 14 %, à l'état trempé de 2 %.

Résistance minimale : 65 kg. Le ressort devra être trempé de façon indéformable.

b) Configuration :

L'épaisseur de l'acier variera en fonction de la longueur du ressort et du volume de la hernie à contenir ainsi que de sa fluidité, et compte tenu de l'âge et de la tonicité musculaire du sujet.

La largeur du ressort variera, selon le cas, de 9 à 12 mm.

La longueur et les cols de ressort seront en correspondance rigoureuse avec les tours de corps auxquels ils sont destinés.

Les coins seront arrondis.

c) Garniture :

Les ressorts seront garnis de moleskine (peau de diable), tout coton, d'un poids minimum de 250 gr au m². La garniture sera doublée, sur toute sa longueur, par un molleton de coton destiné à former matelassure.

La bande formant garniture extérieure du bandage sera en peausserie naturelle ou synthétique de bonne qualité.

Le fourreau se terminera par une courroie en cuir, trouée de trous à fente.

Les pelotes seront garnies de moleskine de coton ou de peausserie, et seront, selon le cas, de forme ovulaire, poire, bec de corbin, anatomique ou de toute autre forme appropriée au cas en présence. La plaque, découpée dans du matériau dur, sera entoillée.

La garniture intérieure sera faite en matière traitée, selon les lois de l'hygiène, soit de caoutchouc mousse moulé en forme, soit de poudrette de factice ou de toute autre matière imputrescible. Les boutons des pelotes seront en laiton ou en acier inoxydable.

Les sous-cuisses seront en moleskine, en coton-mèche ou en tissu élastique.

2. BANDAGE SANS RESSORT :

La ceinture et les sous-cuisses du bandage sans ressort seront en tissu élastique spécial pour bandages, tout coton, respectivement, de 35 mm et de 18 mm de largeur minimum.

La pelote est du même type et du même achèvement que pour les bandages à ressort.

3. CEINTURES ET SANGLES MEDICALES :

Les matériaux utilisés pour la fabrication des ceintures médico-chirurgicales et sangles devront être de premier choix, ne présenter aucun défaut et n'avoir subi aucun traitement susceptible de le dissimuler.

La qualité des matériaux utilisés ainsi que la fabrication elle-même pourront à tout moment être contrôlées aux différents stades de la fabrication.

Les ceintures et sangles seront réalisées dans les meilleures conditions de solidité, en recherchant le bien-être du malade. Leur aspect général sera net et soigné. Les parties non élastiques seront en tissu fort, tout coton ou comportant un pourcentage maximum de 20 % de fibre artificielle.

Les parties élastiques seront constituées soit par des tissus élastiques damier ou vulcanisés, soit par du tricot élastique, de la côte forte ou du tricot-tulle.

Le tissu damier est composé d'une chaîne et d'une trame en fil de coton avec, à la chaîne, des fils de caoutchouc, au nombre de 8 à 10 au cm. Les fils de chaîne seront des filés de coton 4 bouts minimum.

Le montage des ceintures s'effectuera par un assemblage rationnel des diverses parties qui les constituent. Les précautions d'usage devront être prises au cours de piqûres pratiquées dans les parties élastiques, afin d'éviter la coupure des fils de gomme.

Le baleinage sera réalisé au moyen de ressorts protégés contre l'oxydation et recouverts soit de sergé ou simili coton, soit de tissu façon gomme, soit de peau.

4. LOMBOSTATS :

En coutil et métal :

Le lombostat devra être confectionné dans un coutil très fort, dit coutil spécial pour orthopédie et dans de l'élastique fort selon le modèle et le cas. Il sera armé de ressorts en acier convenablement trempé pour être indéformable, de baleinage et laçures appropriés à chaque cas, assurant à l'ensemble la rigidité nécessaire.

La correction, selon la prescription, s'obtient par la façon dont le corset est conçu, coupé et assemblé, puis terminé en tenant compte des rectifications résultant des essayages.

Il sera en coutil à dos plein, avec fermeture antérieure ou bilatérale ; 6 ressorts, dont 4 de 14 mm de largeur et au moins 2 de 20 mm renforceront la partie dorsale.

Dans des cas exceptionnels où la corpulence du bénéficiaire ne permet pas de placer quatre ressorts de 14 mm de largeur, ce nombre peut être réduit tout en assurant une rigidité parfaite.

Dans certains cas il sera renforcé de larges ressorts paravertébraux de 25 mm de large formant rectangle ou par une plaque dorsale rigide.

4bis. APPAREILLAGE APRES MAMMECTOMIE TOTALE :

La prothèse du sein comporte éventuellement des poches protectrices.

L'épiderme est en chlorure de polyvinyl.

La base éventuelle de mousse est en polyuréthane.

Le rembourrage est à base de glycol monoéthylène.

Tous les matériaux employés sont non toxiques et doivent être bien tolérés par la peau.

Les prothèses d'un autre type doivent présenter des qualités physiques au moins équivalentes.

5. SEMELLES ORTHOPEDIQUES :

Les semelles orthopédiques sont fabriquées avec les matériaux suivants :

a) Plexidur.

b) Matières plastiques :

Produits de polymérisation à base acrylique, superpolyamide, polyéthylène et dérivés, polyuréthane, résine époxy ou autre, mousses diverses, etc.

c) Duralumin :

Léger, à haute résistance.

d) Acier inoxydable.

e) Liège :

Ecorce de chêne-liège : doit être fin, non véreux, ni fendillé profondément. Le liège aggloméré doit être souple et homogène. Une semelle en cuir ou de matière plastique recouvre le liège.

f) Latex :

Réalisé par moulage et vulcanisé.

g) Cuir et feutre.

h) Caoutchouc :

Peut être utilisé pour la confection de pelotes, appuis, etc., et être adapté sur n'importe quel modèle de semelles.

Les empreintes pour semelles orthopédiques seront exécutées au moyen d'un tampon encreur, les moulages par tous procédés permettant de relever le relief du pied.

§ 14. Dans le cadre de la rééducation professionnelle, le Collège des médecins-directeurs peut autoriser un renouvellement anticipé pour les lombostats prévus au § 1er lorsque ces appareils sont usés prématurément et que le port de ceux-ci constitue une condition pour la reprise ou la poursuite d'une activité professionnelle assujettissant le titulaire soit à la sécurité sociale des travailleurs salariés, soit au statut social des travailleurs indépendants.

L'intervention pour renouvellement anticipé ne peut être accordée pour des appareils réparables ou adaptables, pour des appareils mal confectionnés et qui ne conviennent donc pas au patient, ou en cas de perte ou de détérioration par négligence.

Art. 28. § 1er. Sont considérés comme relevant de la compétence des bandagistes (Y) et des orthopédistes (T) spécialement agréés pour les délivrer, selon des critères de compétence fixés par Nous :

A. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE :

a) Alliage cobalt/chrome médical :

Clavicule :

(1)	(2)	(3)			
8000	605010	605021	Broche.....	Y	6
8001	605032	605043	Vis coraco-claviculaire.....	Y	29
8002	605054	605065	Clou cylindrique.....	Y	19

Humérus :

8005	605216	605220	Plaque rectiligne.....	Y	24
8006	605231	605242	Plaque-losange.....	Y	94
8007	605253	605264	Plaque coaptrice.....	Y	41
8008	605275	605286	Clou cylindrique.....	Y	28
8009	605290	605301	Prothèse tête humérale : petite, moyenne, grande.....	Y	329
8010	605312	605323	Prothèse tête humérale : extra grande.....	Y	381

Radius et cubitus :

8015	605415	605426	Plaque rectiligne.....	Y	21
8016	605430	605441	Plaque coaptrice.....	Y	35
8017	605452	605463	Clou cylindrique.....	Y	24
8018	605474	605485	Vis pour olécrâne.....	Y	57

Tarse et carpe :

8025	605614	605625	Vis carpale scaphoïde.....	Y	30
8026	605636	605640	Prothèse semi-lunaire.....	Y	220
8027	605651	605662	Prothèse pour glénoïde.....	Y	187
8028	605673	605684	Prothèse articulaire en silicone médical.....	Y	64

Col du fémur :

Plaque-support pour clou intertrochantérien :

8031	605813	605824	articulation extérieure : 95 mm.....	Y	67
8032	605835	605846	articulation extérieure : 135 mm.....	Y	72
8033	605850	605861	articulation extérieure : 200 mm.....	Y	87

Plaque-support pour clou :

8034	606012	606023	articulation antérieure : 100 mm.....	Y	122
8035	606034	606045	articulation antérieure : 140 mm.....	Y	128
8036	606056	606060	Clou intertrochantérien.....	Y	46
8037	606071	606082	Vis intertrochantérienne.....	Y	33
8038	606093	606104	Plaque-support pour dito.....	Y	70
8039	606115	606126	Vis intertrochantérienne tire-fond.....	Y	103
8040	606130	606141	Clou coulissant intertrochantérien.....	Y	157

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

8041	606152	606163	Plaque-lame.....	Y	70
8042	606174	606185	Vis-plaque pour enfant et adolescent.....	Y	130
8043	606196	606200	Prothèse totale de hanche.....	Y	657
8044	606211	606222	Prothèse totale de hanche à longue tige (25 cm) et large assise trochantérienne.....	Y	821
8045	606233	606244	Prothèse totale de hanche avec cupule en matière synthétique.....	Y	527
8046	606255	606266	Prothèse de hanche, tige courbe : 1 1/2" à 1 15/16".....	Y	238
8047	606270	606281	Prothèse de hanche, tige courbe : 2" à 2 1/8".....	Y	243
8048	606292	606303	Prothèse de hanche avec tige droite : 1 1/2" à 1 15/16".....	Y	243
8049	606314	606325	Prothèse de hanche avec tige droite : 2" à 2 1/8".....	Y	260
8050	606336	606340	Prothèse de hanche avec antéversion précalculée.....	Y	390
8051	606351	606362	Cupule céphalique.....	Y	146
8052	606373	606384	Cupule cotyloïdienne avec éperons aigus.....	Y	410
8053	606395	606406	Plaque pour ostéotomie.....	Y	99
8054	606410	606421	Plaque coaptrice pour ostéotomie.....	Y	134
8055	606432	606443	Plaque pour ostéotomie avec éperons.....	Y	213
8056	606454	606465	Clampage décallé.....	Y	119
8057	606476	606480	Clou-plaque monobloc.....	Y	123
8058	606491	606502	Broche filetée intertrochantérienne.....	Y	37
Diaphyse du fémur :					
8065	606616	606620	Plaque rectiligne à compression : petite.....	Y	67
8066	606631	606642	Plaque rectiligne à compression : moyenne.....	Y	78
8067	606653	606664	Plaque rectiligne à compression : grande.....	Y	84
8068	606675	606686	Plaque losange.....	Y	117
8069	606690	606701	Plaque losange : extra forte.....	Y	295
8070	606712	606723	Clou intramédullaire cylindrique.....	Y	55
8071	606734	606745	Clou intramédullaire à section profil trèfle.....	Y	91
Condyle du fémur :					
8075	606815	606826	Vis avec rondelle.....	Y	35
8076	606830	606841	Clou-plaque.....	Y	104
8077	606852	606863	Boulon.....	Y	45
8078	606874	606885	Prothèse condyalaire avec ancrage médullaire.....	Y	975
Plateau tibial :					
8080	607014	607025	Vis avec rondelle.....	Y	35
8081	607036	607040	Clou-plaque.....	Y	104
8082	607051	607062	Boulon.....	Y	45
8083	607073	607084	Vis épiphysaire.....	Y	20
8084	607095	607106	Prothèse plateau tibial.....	Y	129
8085	607110	607121	Prothèse pour rotule.....	Y	147

Epiphyse fémur et tibia :

8090	607213	607224	Agrafe droite.....	Y	10
8091	607235	607246	Agrafe oblique.....	Y	10

Diaphyse du tibia :

8095	607412	607423	Plaque rectiligne à compression : petite.....	Y	41
8096	607434	607445	Plaque rectiligne à compression : moyenne.....	Y	50
8097	607456	607460	Plaque rectiligne à compression : grande.....	Y	67
8098	607471	607482	Plaque losange.....	Y	109
8099	607493	607504	Clou intramédullaire cylindrique.....	Y	45
8100	607515	607526	Clou intramédullaire à section profil trèfle.....	Y	73

Astragale et malléole :

8105	607611	607622	Vis à hélice.....	Y	38
8106	607633	607644	Vis à filet ordinaire, autotaraudeuse.....	Y	5
8107	607655	607666	Vis à sillon plan oblique.....	Y	7
8108	607670	607681	Vis épiphysaire.....	Y	20
8109	607692	607703	Agrafe droite.....	Y	10
8110	607714	607725	Boulon.....	Y	38
8111	607736	607740	Clou cylindrique.....	Y	19
8112	607751	607762	Clou section carrée.....	Y	15
8113	607773	607784	Clou dent de scie.....	Y	23

Colonne vertébrale :

8120	607913	607924	Plaque de fixation complète.....	Y	60
8121	607935	607946	Boulons pour dito.....	Y	13

Bassin :

8125	608016	608020	Plaque rectiligne.....	Y	21
8126	608031	608042	Plaque en Y.....	Y	32

Massif osseux de la face :

8127	608112	608123	Plaque à deux trous.....	Y	6
8128	608134	608145	Par trou supplémentaire.....	Y	3
8129	608156	608160	Vis pour plaque 608112 - 608123 ou 608134 - 608145, par vis.....	Y	3

Remplacement d'articulation :

8130	608215	608226	Coude.....	Y	1371
8131	608230	608241	Doigt.....	Y	364
8132	608252	608263	Genou.....	Y	1514
8133	608274	608285	Sur mesure.....		

Divers :

Vis pour plaques et attelles :

8140	608414	608425	Vis à filet ordinaire, autotaraudeuse.....	Y	5
8141	608436	608440	Vis à sillon plan oblique.....	Y	7
8142	608451	608462	Plaque à crochets pour fragments osseux.....	Y	29

b) Inoxydable :

Clavicule :

8200	608613	608624	Broche.....	Y	1
8201	608635	608646	Clou cylindrique.....	Y	16

Humérus :

8205	608812	608823	Plaque rectiligne.....	Y	15
8206	608834	608845	Plaque coaptrice.....	Y	24
8207	608856	608860	Clou cylindrique.....	Y	22
8208	608871	608882	Clou en V.....	Y	10

Radius et cubitus :

8210	609011	609022	Plaque rectiligne.....	Y	11
8211	609033	609044	Plaque coaptrice.....	Y	24
8212	609055	609066	Clou cylindrique.....	Y	22
8213	609070	609081	Clou en V.....	Y	10

Col du fémur :

8215	609210	609221	Clou intertrochantérien.....	Y	30
8216	609232	609243	Vis intertrochantérienne.....	Y	22
8217	609254	609265	Vis intertrochantérienne tire-fond.....	Y	60
8218	609276	609280	Plaque-lame.....	Y	47
8219	609291	609302	Clou médullo-intertrochantérien.....	Y	86
8220	609313	609324	Plaque pour ostéotomie avec éperons.....	Y	122
8221	609335	609346	Clampage décallé.....	Y	78
8222	609350	609361	Clou-plaque monobloc.....	Y	80

Diaphyse du fémur :

8225	609512	609523	Plaque rectiligne à compression : moyenne.....	Y	28
8226	609534	609545	Plaque losange.....	Y	11
8227	609556	609560	Clou intramédullaire cylindrique.....	Y	44
8228	609571	609582	Clou intramédullaire, à section profil trèfle.....	Y	30

Condyle du fémur :

8230	609711	609722	Boulon.....	Y	16
------	--------	--------	-------------	---	----

Plateau tibial :

8235	609814	609825	Boulon.....	Y	16
8236	609836	609840	Vis épiphysaire.....	Y	5

Diaphyse du tibia :

8240	610013	610024	Plaque rectiligne à compression : petite.....	Y	18
8241	610035	610046	Plaque-losange.....	Y	11
8242	610050	610061	Clou intramédullaire cylindrique.....	Y	35
8243	610072	610083	Clou intramédullaire à section profil trèfle.....	Y	28

Astragale et malléole :

8245	610212	610223	Vis à hélice.....	Y	16
8246	610234	610245	Vis à filet ordinaire, autotaraudeuse.....	Y	3
8247	610256	610260	Vis à sillon plan-oblique.....	Y	3
8248	610271	610282	Vis épiphysaire.....	Y	5
8249	610293	610304	Boulon.....	Y	16
8250	610315	610326	Clou cylindrique.....	Y	13

Colonne vertébrale :

Instruments de Harrington :

8255	610411	610422	Barre région sacrée.....	Y	51
8256	610433	610444	Ecrou.....	Y	6
8257	610455	610466	Barre.....	Y	39
8258	610470	610481	Crochet.....	Y	24
8259	610492	610503	Tige filetée.....	Y	20
8260	610514	610525	Instruments de Gruca.....	Y	13
8261	610536	610540	Plaque de fixation complète.....	Y	60
8262	610551	610562	Boulons pour dito.....	Y	13

Fixateur externe :

8265	610713	610724	Fiche (usage unique).....	Y	17
8266	610735	610746	Plaque isolante.....	Y	4
8267	610750	610761	Isolant d'ancrage.....	Y	2

Divers :

Vis pour plaques et attelles :

8270	610816	610820	Vis à filet ordinaire, autotaraudeuse.....	Y	3
8271	610831	610842	Vis à sillon plan oblique.....	Y	3
8280	610853	610864	Ciment acrylique pour fixation de prothèse visée sous a) et b).....	Y	21

B. OPHTALMOLOGIE :

8285	611015	611026	Implant modèle Val de Grâce, à 4 encoches.....	Y	11
8286	611030	611041	Implant usuel de Bruneau-Charpentier.....	Y	7
8289	611052	611063	Implant nouveau modèle grand axe : 15, 17 ou 20 mm...	Y	24
8290	611074	611085	Implant de Garrigue, conique, nouveau modèle grand axe, 21 mm (adulte).....	Y	34
8291	611096	611100	Implant de Garrigue, conique, nouveau modèle grand axe, 10 mm (enfant et femme).....	Y	34
8292	611111	611122	Olive pour cavité d'énucléation en verre, 14, 16 ou 18 mm, grand axe.....	Y	3
8293	611133	611144	Olive pour cavité d'énucléation en acrylic, 14, 16 ou 18 mm, grand axe.....	Y	5
8295	611155	611166	Lentille intra-oculaire.....	Y	194

C. NEUROCHIRURGIE :

Hydrocéphalie :

8300	611310	611321	Valve à une chambre.....	Y	219
8301	611332	611343	Valve à deux chambres.....	Y	365
8302	611354	611365	Bouchon pour trou de trépan.....	Y	15
8303	611376	611380	Neurostimulateur implanté.....		

D. OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE :

Prothèse pour surdité :

8305	611516	611520	Crochet en téflon.....	Y	28
8306	611531	611542	Piston en téflon.....	Y	14
8307	611553	611564	Drainage transtympanique.....	Y	10

E. UROLOGIE ET NEPHROLOGIE :

8310	611715	611726	Shunt pour hémodialyse (complet).....	Y	110
8315	611730	611741	Stimulateur sphinctérien vésical, implanté.....	Y	1004
8316	611752	611763	Cathéter à demeure (type Tenckhoff) en vue d'une dialyse péritonéale chronique.....	Y	65

F. CHIRURGIE ABDOMINALE ET PATHOLOGIE DIGESTIVE :

Prothèse pour réparation de hernie ou éventration :

8320	612010	612021	- de 4 cm sur 12,5 cm.....	Y	42
8321	612032	612043	- de 25 cm sur 35 cm.....	Y	160

G. CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOLOGIE :

8350	612312	612323	Stimulateur cardiaque implanté, électrode et tous accessoires compris : intervention maximum valable pour trois ans.....	Y	2129
8351	612334	612345	Utilisation temporaire d'un cathéter-électrode intracavitaire ou intra-oesophagien pour entraînement électro-systolique du coeur.....	Y	61

Valve mitrale, aortique et tricuspide :

8352	612415	612426	Valve cardiaque.....		
8360	612511	612522	Sac oxygénateur (en cas d'utilisation du coeur artificiel).....	Y	134

Sac avec échangeur de température :

8365	612614	612625	pour adulte.....	Y	426
8366	612636	612640	pour enfant.....	Y	365
8367	612651	612662	pour pédiatrie.....	Y	274
8370	612673	612684	réservoir coronaire.....	Y	92
8371	612695	612706	drainage thoracique par triple chambre.....	Y	61
8372	612710	612721	trousse de rechange pour circulation extracorporelle.	Y	134

H. CHIRURGIE VASCULAIRE :

Sonde type Fogarty :

8373	613012	613023	pour embolectomie.....	Y	75
8374	613034	613045	pour thrombectomie.....	Y	119

Grefe artérielle, en dacron ou téflon :

Droite tricotée, long. 50 cm :

8380	613211	613222	5-6-8-10 mm.....	Y	149
8381	613233	613244	12 mm.....	Y	184
8382	613255	613266	16 mm.....	Y	200
8383	613270	613281	19 mm.....	Y	205
8384	613292	613303	25 mm.....	Y	215

Droite tissée :

8385	613314	613325	5-6-8-10 mm.....	Y	149
8386	613336	613340	12 mm.....	Y	184
8387	613351	613362	14 mm.....	Y	184
8388	613373	613384	16 mm.....	Y	199
8389	613395	613406	18 mm.....	Y	199
8390	613410	613421	20 mm.....	Y	205
8391	613432	613443	22 mm.....	Y	205
8392	613454	613465	25 mm.....	Y	215
8393	613476	613480	30 mm.....	Y	235
8394	613491	613502	35 mm.....	Y	255

Carrefour aortique :

8395	613513	613524	Carrefour aortique : tricoté.....	Y	265
8396	613535	613546	Carrefour aortique : tissé.....	Y	265

Feutre téflon :

8400	613712	613723	Feutre téflon : épaisseur 1/16 : 7,5 X 7,5 cm.....	Y	18
------	--------	--------	--	---	----

8401	613734	613745	Feutre téflon : épaisseur 1/16 : 10 X 10 cm.....	Y	32
8402	613756	613760	Feutre téflon : épaisseur 1/8 : 10 X 10 cm.....	Y	53
Tissu pour angioplastie :					
8405	613911	613922	Tissu pour angioplastie : 4 X 4 pouces.....	Y	53
8406	613933	613944	Tissu pour angioplastie : 6 X 6 pouces.....	Y	106
Cathéter de dilatation :					
8407	613955	613966	Cathéter de dilatation coronaire utilisé pour la prestation 453714 - 453725.....	Y	496
8408	613970	613981	Cathéter de dilatation non coronaire utilisé lors des prestations 453736 - 453740 ou 453751 - 453762....	Y	188

I. PNEUMOLOGIE ET SYSTEME RESPIRATOIRE :

Matériel individuel pour l'administration à domicile de produits mucolytants en cas de mucoviscidose :

8411	614110	614121	Appareil à aérosol.....	Y	213
8412	614132	614143	Vibromasseur.....	Y	243,60
8413	614154	614165	Appareil ultrasonique complet avec accessoires.....	Y	1030,73
8415	614176	614180	Statif roulant.....	Y	145,43
8416	614191	614202	Support de tente et tente.....	Y	127,25
8417	614213	614224	Respirateur pour ventilation à pression positive intermittente.....	Y	690,80

J. GYNECOLOGIE ET CHIRURGIE MAMMAIRE :

8420	614412	614423	Implant mammaire après mammectomie totale pour tumeur ou pour agénésie unilatérale.....	Y	199
------	--------	--------	---	---	-----

§ 2. Les prestations visées au § 1er ne sont remboursées que si elles sont prescrites par un médecin.

§ 3. En cas de remplacement d'articulation sur mesure (prestation n° 608274 - 608285) une intervention supplémentaire peut être autorisée par le Collège des médecins-directeurs qui statue sur devis.

Pour la prestation 611376 - 611380, le montant de l'intervention de l'assurance est fixé par le Collège des médecins-directeurs.

La demande d'intervention comportera une description du neurostimulateur prescrit, un devis ou une facture du fabricant ou de l'importateur, ainsi qu'un rapport circonstancié du médecin implanteur concernant la pathologie en cause et les éléments qui justifient le matériel préconisé.

§ 4. Pour le stimulateur cardiaque implanté - électrodes et tous accessoires compris - toute intervention supplémentaire de l'assurance maladie-invalidité dans un délai de trois ans à compter depuis la date de la fourniture antérieure, est conditionnée par l'accord du Collège des médecins-directeurs.

§ 5. La prescription pour une première fourniture précisera, pour le médecin-conseil, les éléments qui ont permis au médecin de poser le diagnostic de mucoviscidose.

L'intervention de l'assurance maladie-invalidité pour tout ou partie de l'appareillage nécessaire à l'administration à domicile de produits mucolytiques en cas de mucoviscidose, ne peut être renouvelée qu'après un délai de cinq ans à compter depuis la date de fourniture antérieure pour les prestations 614110 - 614121, 614132 - 614143, 614154 - 614165, 614191 - 614202 et 614213 - 614224 et de dix ans pour la prestation 614176 - 614180.

L'intervention couvre les frais de fourniture et une garantie au moins égale à un an. Les accessoires prévus à la prestation 614154 - 614165 couvrent au moins une utilisation normale d'une année.

L'intervention pour les prestations 614110 - 614121, 614154 - 614165 et 614213 - 614224 n'est pas cumulable au cours d'une période de cinq ans. Les prestations 614176 - 614180 et 614191 - 614202 ne sont accordées que comme accessoires à la prestation 614154 - 614165.

§ 6. Pour la prestation 612415 - 612426 le montant de l'intervention de l'assurance est fixé par le Collège des médecins-directeurs.

- 1° la demande d'intervention indique le type de valve cardiaque et comporte, outre la prescription médicale, la facture du fabricant ou de l'importateur à l'hôpital.
- 2° n'entrent en ligne de compte pour le remboursement que les valves cardiaques pour lesquelles la firme qui met les valves cardiaques sur le marché belge a introduit un dossier auprès du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et qui ont été admises au remboursement par le Comité de gestion sur avis du Collège des médecins-directeurs.

Ce dossier comportera :

- une description complète et détaillée de la valve cardiaque, y compris les matériaux utilisés pour sa confection;
- ses avantages avec mention des tests effectués et l'expérience acquise en clinique;
- le prix proposé;
- mention du fait que, dans le pays d'origine, l'autorisation a été donnée ou non de mettre cette valve cardiaque sur le marché.

§ 7. L'intervention pour la prestation 614412 - 614423 n'est due, après accord du médecin-conseil, que pour les seuls cas de reconstruction mammaire après mammectomie totale pour tumeur ou d'implantation en cas d'agénésie unilatérale. Le chirurgien transmet pour ces cas au médecin-conseil une prescription qui indique la nature de l'affection et des interventions chirurgicales.

§ 8. 1° Sont considérés comme relevant de la compétence des bandagistes spécialement agréés pour les délivrer suivant les critères de compétence fixés par Nous :

a) Voitures sans moyen de propulsion personnelle :

(1)	(2)	(3)		
8450	615016		Chaise roulante pour l'intérieur avec repose-pieds rabattable, siège et dossier rigides.....	Y 240,76
8451	615031		Chaise roulante pour l'intérieur à déplacer avec les pieds, avec quatre roues pivotantes et siège et dossier rigides.....	Y 189,40
8452	615053		Voiturette de promenade à pousser, pliable.....	Y 455,64
8453	615075		Voiturette de promenade à pousser, pour personne couchée, pliable, avec dossier réglable jusqu'à 90°, repose-jambes d'une pièce réglable et coussin-siège et dossier amovibles de 4 cm d'épaisseur pour personne dont la taille ne dépasse pas 1,50 m.....	Y 662,94
8454	615090		Chaise roulante pour l'intérieur, chromée, à déplacer avec les pieds, avec 4 roues pivotantes, avec siège rigide et dossier souple.....	Y 244,27
8455	615112		Chaise roulante chromée pliable pour l'intérieur, à déplacer avec les pieds, avec 4 roues pivotantes, avec siège et dossier souples.....	Y 280,14

Pour les prestations 615016, 615031, 615075, 615090 et 615112 aucun supplément prévu sous c) et d) ne peut être porté en compte.

8456	615134	615145	Voiturette de promenade pliable pour la fixation d'un siège-coquille orthopédique sur mesure, munie d'un poussoir continu.....	Y 455,64
------	--------	--------	--	----------

Pour la prestation 615134 - 615145, seuls les suppléments 617315 - 617326 et 617013 - 617024 peuvent être portés en compte.

b) Voitures à propulsion personnelle :

8460	615311	615322	Chaise roulante pour l'intérieur, avec cerceaux de propulsion sur les grandes roues arrière, siège et dossier rigides et repose-pieds rabattable.....	Y 344,73
8461	615333	615344	Voiturette pliable avec cerceaux de propulsion sur les grandes roues arrière.....	Y 473,95
8462	615355	615366	Voiturette pliable avec cerceaux de propulsion sur les grandes roues avant.....	Y 498,36
8463	615370	615381	Voiturette pliable, avec un double cerceau de propulsion pour hémiparalysé.....	Y 729,86
8464	615392	615403	Voiturette pliable à leviers et conduite latérale....	Y 1046,81
8469	615414	615425	Voiturette pliable munie d'un levier pour hémiparalysé.....	Y 989,44
8465	615436	615440	Voiturette pliable à leviers et conduite horizontale.	Y 967,26

Le supplément 617315 - 617326 ne peut être ajouté à cette prestation.

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

8466	615451	615462	Voiturette pliable à manivelles et système de chaîne, avec accoudoirs amovibles.....	Y	791,55
8467	615473	615484	Supplément à la prestation 615451 - 615462 pour grandes roues arrière avec cerceau de propulsion et pour système spécial visant l'emploi à l'intérieur (marchepieds à deux roues pivotantes).....	Y	79,97
8468	615495	615506	Voiturette à manivelles et système de chaîne, avec siège et dossier rigides et poussoir.....	Y	742,08

Pour les prestations 615311 - 615322 et 615495 - 615506 aucun supplément prévu sous c) et d) ne peut être porté en compte.

8470	615510	615521	Voiturette pliable avec cerceaux de propulsion sur les roues arrière pour la fixation d'un siège-coquille orthopédique sur mesure, munie d'un poussoir continu.....	Y	473,95
------	--------	--------	---	---	--------

Pour la prestation 615510 - 615521, seuls les suppléments 617315 - 617326 et 617013 - 617024 peuvent être portés en compte.

Voiturettes électriques et électroniques :

8480	615716	615720	Voiturette électrique pliable pour l'intérieur, munie d'un seul moteur avec système de relais, commande mécanique à la main; les roues arrière ont 500 mm au moins, les roues avant 200 mm au moins.....	Y	1910,10
8481	615731	615742	Voiturette électrique pliable pour l'intérieur, et courte distance à l'extérieur, munie de deux moteurs de traction, commande électrique par manipulateur; les roues arrière ont 500 mm au moins, les roues avant 200 mm au moins.....	Y	2352,06
8482	615753	615764	Voiturette électrique démontable, constituée d'une plate-forme avec amortisseur avant en caoutchouc, munie de 3 roues et d'un siège pivotant, réglable en hauteur, avec des accoudoirs, et d'un levier de direction amovible.....	Y	1897,37

Pour la prestation 615753 - 615764, seuls les suppléments 617315 - 617326 et 617794 - 617805 peuvent être portés en compte.

8483	615775	615786	Voiturette électronique pliable pour l'intérieur et courte distance à l'extérieur, avec accélération en douceur, munie de deux moteurs à magnétisme permanent (commande électrique par manipulateur) et de deux roues pivotantes à l'avant de 200 mm au moins et roues arrière de 500 mm au moins.....	Y	2794,02
8484	615790	615801	Même modèle que le 615775 - 615786, mais les roues arrière ont 300 mm au moins.....	Y	2604,61

Les prestations 615716 - 615720, 615731 - 615742, 615775 - 615786 et 615790 - 615801 sont livrées avec accoudoirs (617315 - 617326) amovibles inclus.

8485	615812	615823	Voiturette électronique munie d'un ou de deux moteurs, commande mécanique à la main et de deux grandes roues à l'avant, d'au moins 500 mm de diamètre et de deux roues arrière d'au moins 200 mm de diamètre.....	Y	2561,80
------	--------	--------	---	---	---------

8486	615834	615845	Voiturette électrique ou électronique pour l'extérieur, munie d'au moins trois roues d'au moins 500 mm de diamètre, suspension dans les roues avant et amortisseur à l'arrière, dossier rigide et siège rigide anatomique compris, munie d'un frein électromagnétique.....	Y	3977,62
8487	615856	615860	Voiturette électronique pour l'extérieur, avec 2 grandes roues à l'avant d'au moins 500 mm de diamètre, suspension incorporée dans les roues arrière d'au moins 300 mm de diamètre, avec servo-direction, siège rigide compris, munie d'un frein électromagnétique et d'éclairage.....	Y	3984,82

Seuls les suppléments 616733 - 616744, 616755 - 616766, 617116 - 617120 et 617131 - 617142 peuvent être admis.

Les voiturettes électriques et électroniques sont toujours livrées avec batterie et chargeur.

Pour la prestation 615834 - 615845, aucun supplément prévu sous c) et d) ne peut être porté en compte. De plus, elle est livrée accompagnée d'un certificat de conformité attestant qu'elle est acceptée dans la circulation en Belgique. Elle est toujours pourvue du système d'éclairage nécessaire prévu par le code de la route.

c) Suppléments pour dispositifs particuliers d'origine pour les prestations reprises en a) ou en b) :

Les suppléments repris sous c) et d) ne sont pas portés en compte lorsqu'ils figurent dans le titulé de la prestation sous a) et b).

8500	616011	616022	Adaptation pour amputé (déplacement des roues arrière en fonction du centre de gravité).....	Y	61,24
8501	616033	616044	Modèle renforcé avec siège de plus de 48 cm de largeur pour personne pesant plus de 95 kg ou ayant un tour de hanches supérieur à 130 cm.....	Y	128,80
8502	616055	616066	Adaptation pour dossier inclinable en arrière jusqu'à 30°.....	Y	135,32
8503	616070	616081	Adaptation pour dossier inclinable en arrière jusqu'à 90°.....	Y	167,52
8504	616092	616103	Adaptation de la hauteur du siège pour personne adulte dont la distance entre le pli du genou et le talon est inférieure à 35 cm.....	Y	121,64
8505	616114	616125	Adaptation de la hauteur du siège pour personne dont la distance entre le pli du genou et le talon est supérieure à 55 cm.....	Y	193,20
8506	616136	616140	Adaptation pour I.M.C., siège rigide inclinable, dossier rigide inclinable et réglable en profondeur. Sont compris dans la prestation la selle d'abduction, l'appui-tête à oreillettes et le repose-jambes d'une pièce réglable.....	Y	537,59
8507	616151	616162	Adaptation pour I.M.C., supplément à la prestation 616136 - 616140 lorsque la largeur du siège atteint 44 cm au moins.....	Y	128,80

8508	616173	616184	Conduite au menton d'une voiturette électrique ou électronique.....	Y	328,31
8509	616195	616206	Commande incorporée dans une tablette d'une voiturette électrique ou électronique.....	Y	315,68
8510	616210	616221	Conduite au pied d'une voiturette électrique ou électronique.....	Y	233,61
8511	616232	616243	Supplément pour voiturette fabriquée sur mesure.....		

d) Supplément pour les accessoires ajoutés ou adaptés à un équipement d'origine pour les prestations reprises en a), b) ou c) :

Les suppléments repris sous c) et d) ne sont pas portés en compte lorsqu'ils figurent dans le libellé de la prestation sous a) et b).

Groupe 1. - Appui-tête :

8530	616512	616523	Appui-tête.....	Y	58,93
8531	616534	616545	Appui-tête réglable avec oreillettes.....	Y	114,49
8532	616556	616560	Appui-tête extra profond de 24 cm.....	Y	150,17

Les prestations 616512 - 616523, 616534 - 616545 et 616556 - 616560 ne peuvent pas être cumulées, les deux premières n'étant accordées qu'en cas d'atteinte importante des muscles du cou, d'hydrocéphalie ou handicap qui nécessite une voiture avec dossier inclinable, la dernière étant réservée aux cas d'hydrocéphalie volumineuse.

Groupe 2. - Dos :

8533	616711	616722	Dossier rigide, modèle plat.....	Y	40,20
8534	616733	616744	Dossier rigide, modèle anatomique, poussoir compris. (Dans ce cas, le châssis doit être spécialement conçu à cet effet).....	Y	141,43
8535	616755	616766	Dossier rigide, modèle incurvé.....	Y	63,14
8536	616770	616781	Pelotte de dos réglable, la pièce.....	Y	49,67

Cette prestation n'est cumulable qu'avec les prestations 616733 - 616744 et 616755 - 616766.

Groupe 3. - Siège :

8537	616910	616921	Siège rigide, modèle plat.....	Y	40,20
8538	616932	616943	Siège rigide, modèle anatomique.....	Y	67,98
8539	616954	616965	Siège spécial pour arthrodèse de la hanche.....	Y	264,75

Les prestations 616910 - 616921, 616932 - 616943, 616954 - 616965 ne sont pas cumulables entre elles.

8540	616976	616980	Selle d'abduction.....	Y	41,04
8541	616991	617002	Système réglable d'inclinaison du siège.....	Y	93,02
8559	617013	617024	Système réglable de fixation pour un siège-coquille orthopédique sur mesure.....	Y	224,85

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 621994 - 622005.

Groupe 4. - Jambes :

8542	617116	617120	Repose-jambes réglable et amovible, la pièce.....	Y	62,72
8543	617131	617142	Repose-pieds amovible et escamotable, la pièce.....	Y	23,57
8544	617153	617164	Repose-jambes d'une pièce, réglable.....	Y	171,73
8545	617175	617186	Repose-jambes d'une pièce avec côtés latéraux, réglable.....	Y	207,51

Les prestations 617116 - 617120, 617131 - 617142, 617153 - 617164, 617175 - 617186 ne sont pas cumulables entre elles.

Il est cependant possible de livrer une prestation 617116 - 617120 et une prestation 617131 - 617142 lorsqu'elles concernent des membres différents.

8546	617190	617201	Arrête-talon, la pièce.....	Y	7,79
8547	617212	617223	Sangle cale-pied, la pièce.....	Y	6,53

Groupe 5. - Côtés.

8548	617315	617326	Accoudoirs amovibles avec verrou, la paire.....	Y	50,93
8549	617330	617341	Prolongeurs de frein, la paire.....	Y	11,58

Les prestations 617315 - 617326 et 617330 - 617341 ne sont pas cumulables entre elles.

Groupe 6. - Fixation :

8550	617514	617525	Ceinture de sécurité ou ceinture de bassin.....	Y	19,78
Ces prestations ne sont pas cumulables entre elles.					
8551	617536	617540	Sangles d'épaule, la paire.....	Y	28,62
8552	617551	617562	Siège-culotte pour empêcher le glissement vers l'avant.....	Y	34,09

Groupe 7. - Roues :

8553	617713	617724	Cerceaux à cabestan, la paire.....	Y	57,24
8554	617735	617746	Cinquième roue à manivelles avec système de chaîne...	Y	439,03

Cette prestation ne pourra être portée en compte qu'après accord du médecin-conseil, dans les conditions fixées au 8°, a, b, c ou d.

8555	617750	617761	Cinquième roue pour voiture électrique avec conduite incorporée dans le levier de direction.....	Y	457,92
8556	617772	617783	Cinquième roue pour voiture électronique avec conduite incorporée dans le levier de direction.....	Y	527,05
8558	617794	617805	2 roues arrière supplémentaires, amovibles pour la prestation 615753 - 615764.....	Y	105,41

Groupe 8. - Freins :

8557	617912	617923	Frein électrique ou électro-magnétique sur les prestations 615731 - 615742, 615775 - 615786, 615790 - 615801 et 615812 - 615823.....	Y	347,25
------	--------	--------	--	---	--------

e) Tricycles orthopédiques :

8570	618015		Tricycle orthopédique, pour enfant de trois à six ans.....	Y	446,79
8571	618030		Tricycle orthopédique, pour enfant de six à dix ans..	Y	519,07
8572	618052		Tricycle orthopédique, pour enfant de dix à quatorze ans.....	Y	548,66
8573	618074		Tricycle orthopédique, à partir de quatorze ans.....	Y	643,91
8574	618096		Cale-pied, la pièce.....	Y	6,31
8575	618111		Plaque cale-pied, la pièce.....	Y	19,95
8576	618133		Support-hanche avec ceinture.....	Y	87,55
8577	618155		Guidon rectangulaire pour paralysés cérébraux.....	Y	36,62
8578	618170		Supplément pour système à doubles pédales pour pieds équins.....	Y	213,56
8579	618192		Attelle de fixation de la jambe, remontant jusqu'à minimum mi-mollet, plaque cale-pied comprise, la pièce.....	Y	122,84

f) Cadres de marche :

8580	618310		Cadre de marche fixe.....	Y	64,82
8581	618332		Cadre de marche articulé.....	Y	73,66
8582	618354		Cadre de marche à deux roues.....	Y	81,24
8583	618376		Cadre de marche à deux roues avec siège.....	Y	107,75
8584	618391		Cadre de marche avec cinq roues au moins et culotte, pour les enfants entre deux et six ans.....	Y	232,55
8585	618413		Cadre de marche pour enfant avec anneau de soutien ou avec 2 béquilles axillaires et siège avec dossier....	Y	300,53
8586	618435		Cadre de marche à quatre roues avec siège et appuis axillaires.....	Y	275,49

2° Les prestations visées au 1° ne sont remboursées que si elles ont été prescrites tant pour la première fourniture que pour le renouvellement, par un docteur en médecine.

Cette prescription mentionne la date de début, la nature et l'importance des troubles fonctionnels et anatomiques justifiant l'usage de l'appareil.

Elle est transmise par le bénéficiaire au prestataire agréé de son choix.

3° Préalablement à la fourniture de l'appareil prescrit, le prestataire agréé soumet pour accord au médecin-conseil conjointement à la prescription médicale, sa proposition motivée assurant une adaptation parfaite du matériel proposé au cas particulier du bénéficiaire. Cette proposition établie sur un formulaire approuvé par le Comité de gestion du Service des soins de santé comprendra en plus des données permettant l'identification de l'intéressé, la description précise et les numéros d'ordre

des prestations correspondant au matériel demandé. Il sera fait également mention des accessoires éventuels qui ne sont pas repris dans la nomenclature et qui sont proposés et acceptés par le patient ou demandés par lui.

4° Au vu des documents précités et, si nécessaire, complétés par des renseignements supplémentaires ou par l'examen corporel de l'intéressé, le médecin-conseil notifie sa décision. Aucune intervention ne peut être accordée pour des prestations délivrées avant l'introduction de la proposition visée au 3°.

5° L'intervention prévue pour tous les appareils, dispositifs particuliers et accessoires comprend le remboursement, les moyens de fixation, les angles d'attache y compris les frais de placement.

6° Critères d'intervention pour les prestations reprises sous toutes les rubriques, sauf sous la rubrique a) et ses suppléments éventuels :

L'intervention de l'assurance est accordée à condition que :

1. les preuves soient fournies que, en raison des lésions ou des troubles de la fonction motrice des membres inférieurs, le bénéficiaire est incapable de se déplacer sans l'aide de l'appareil proposé;

2. l'usage de l'appareil soit définitif ou d'une durée probable au moins égale au délai de renouvellement prévu au 12°;

3. l'état de santé du bénéficiaire soit tel que l'appareil complété des suppléments éventuels lui procure effectivement la possibilité de se déplacer seul.

7° Critères d'intervention pour les prestations reprises sous la rubrique a) et leurs suppléments éventuels :

Sans préjudice des dispositions prévues au 6°, 1 et 2, et nonobstant les dispositions du 6°, 3, une intervention pour ces prestations peut être accordée au bénéficiaire atteint de troubles de l'appareil locomoteur et dont le handicap est de nature ou de gravité telle qu'il est incapable ou difficilement à même de se déplacer par ses propres moyens à l'aide d'une voiturette à propulsion personnelle.

Cette intervention est accordée uniquement dans le cas où l'usage de cette voiturette rend possible une participation active à la vie sociale, communautaire ou familiale.

Cette intervention ne peut être accordée lorsque la voiturette est utilisée uniquement comme siège ou dans un but d'aide au nursing.

8° Critères d'intervention pour les prestations 615716 - 615720, 615731 - 615742, 615753 - 615764, 615775 - 615786, 615790 - 615801, 615812 - 615823, 615834 - 615845, 615856 - 615860, 616173 - 616184, 616195 - 616206, 616210 - 616221, 617750 - 617761, 617772 - 617783, 617912 - 617923 et 617794 - 617805 (voiturettes électroniques et électriques).

Le remboursement par l'assurance est subordonné à une décision favorable du Collège des médecins-directeurs, qui en fonction des critères énumérés ci-après, et du handicap existant, fixera pour quelles prestations une intervention est accordée.

Sans préjudice des dispositions prévues au 6°, l'intervention de l'assurance pour une de ces voitures est accordée lorsque celle-ci permet :

a) au titulaire, la poursuite d'une profession qui l'assujettit soit à la sécurité sociale des travailleurs, soit au statut social des travailleurs indépendants;

b) au bénéficiaire, la poursuite d'une rééducation professionnelle admise par le Collège des médecins-directeurs et dont le programme comporte explicitement l'utilisation d'une voiture électrique;

c) au bénéficiaire, la poursuite de la fréquentation scolaire consistant à suivre régulièrement les cours de l'enseignement primaire, moyen, supérieur, professionnel ou technique, ces cours devant être donnés pendant le jour et n'être pas limités à une partie de l'année;

d) au bénéficiaire, l'accomplissement d'un contrat d'apprentissage dont la conclusion est enregistrée et l'exécution contrôlée par un secrétariat reconnu d'apprentissage.

L'intervention pour ces voitures n'est accordée que pour autant que l'usage d'une voiture sans moteur électrique ou sans moteur à essence ne permette pas ces activités.

Dans les autres cas, l'organisme assureur peut, pour autant que les conditions reprises sous 6° soient remplies, accorder une intervention d'un montant correspondant à la prestation 615333 - 615344, à codifier sous 615532 - 615543, quel que soit le type de voiture prévu par la nomenclature qu'il acquiert, pour autant qu'elle soit électrique ou électronique; pour les suppléments éventuels une intervention complémentaire peut être accordée conformément aux libellés repris sous c) et d) à l'exclusion des prestations 616173 - 616184, 616195 - 616206, 616210 - 616221 et 617750 - 617761, 617772 - 617783, 617794 - 617805, 617912 - 617923.

9° Les suppléments pour accessoires prévus sous les rubriques c) et d) ne sont accordés que lorsque les particularités anatomiques ou pathologiques du bénéficiaire ou ses conditions de vie et son environnement les justifient.

10° En l'absence de lésions concomitantes de l'appareil locomoteur proprement dit, les prestations prévues au 1° ne sont jamais remboursées dans les cas de :

a) troubles du système artériel, veineux ou lymphatique des membres inférieurs tels que la claudication intermittente, les ulcères variqueux, l'oedème, l'éléphantiasis, etc.;

b) troubles de l'équilibre;

c) obésité;

d) troubles résultant de maladies du système cardio-respiratoire, rénal ou d'une autre affection;

e) lésions traumatiques dont la guérison est prévisible dans une période inférieure au délai prévu au 12°.

11° Les prestations prévues sous la rubrique a) - à l'exclusion de la prestation 615134 - 615145 - et leurs suppléments éventuels prévus sous les rubriques c) et d), ainsi que les prestations prévues sous les rubriques e) et f) ne peuvent jamais être remboursés pendant l'hébergement du bénéficiaire dans un établissement où les frais de séjour sont pris en charge en ordre principal soit par l'assurance maladie-invalidité, soit par une autre législation.

12° Seuls les appareils devenus inutilisables, irréparables ou non modifiables peuvent donner lieu à un renouvellement de l'intervention. Dans ces cas, le délai de renouvellement à compter de la date de la fourniture antérieure ne peut être inférieur :

- à trois ans lorsque le bénéficiaire n'a pas atteint son dix-huitième anniversaire au moment de la fourniture antérieure;

- à cinq ans lorsque le bénéficiaire a atteint son dix-huitième anniversaire au moment de la fourniture antérieure.

13° Cumuls.

Une prestation prévue sous la rubrique a) ou b), complétée éventuellement d'un ou de plusieurs suppléments prévus sous les rubriques c) et d) peut être cumulée avec une seule prestation mentionnée sous la rubrique f).

Plusieurs prestations figurant sous une même rubrique a) ou b) ou e) ou f) à l'exclusion des suppléments 618096, 618111, 618133, 618155, ne sont pas cumulables entre elles.

L'intervention pour une voiturette sans moyen de propulsion personnelle (rubrique a) n'est pas cumulable avec l'intervention pour une voiturette à propulsion personnelle (rubrique b) de même que l'intervention pour tricycle orthopédique (rubrique e) exclut une intervention pour une voiturette.

Les dispositions restrictives relatives au cumul des prestations entre elles sont d'application pendant toute la durée du délai de renouvellement de la prestation obtenue.

14° Les prestations fournies au titre de prestations de rééducation fonctionnelle ou professionnelle avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté sont réputées accordées en application de ce dernier pour la détermination des règles de cumul et des délais de renouvellement de ces prestations.

15° Les voiturettes et appareils fournis sont garantis contre tout défaut de construction pour un minimum d'un an et pour les accessoires électriques, pour un minimum de six mois.

Le prestataire garantit également au bénéficiaire qu'il effectuera sans délai les réparations nécessaires pendant ou après cette période de garantie, au siège de l'entreprise.

Ces garanties sont confirmées par écrit au bénéficiaire lors de la fourniture.

16° Lorsqu'un handicapé a besoin d'une voiturette d'invalidé comportant un cadre de dimensions exceptionnelles dont n'est équipée aucune voiturette en vente sur le marché ou qui ne peut être réalisé en recourant à l'une des adaptations prévues dans la présente nomenclature, de sorte que la fabrication individuelle sur mesure s'impose, le Collège des médecins-directeurs peut accorder une intervention spéciale sur production d'un rapport motivé concernant la nécessité de cette fabrication spéciale, ainsi qu'un devis qui, par analogie avec les adaptations spéciales prévues dans la nomenclature, mentionne le prix demandé par le fabricant et justifie le prix proposé.

17° Aucune intervention n'est accordée pour la fourniture des cannes et béquilles.

18° Critères minimum de fabrication :

Conditions générales

1. Les articles sont livrés à l'état neuf. Ils ne peuvent présenter aucune défectuosité et n'avoir subi aucun traitement destiné à en dissimuler les défauts.

La finition doit être parfaite.

Les matériaux employés doivent être de première qualité, tant pour la construction de l'appareil que pour son revêtement.

2. Ils doivent être fabriqués en tout ou en partie :

a) en tubes métalliques polis, nickelés puis chromés ou plastifiés,

ou

b) en acier inoxydable,

ou

c) en aluminium.

Toutefois, les voiturettes 615016, 615031, 615311 - 615322, 615495 - 615506, 615834 - 615845 et 615856 - 615860, ainsi que les tricycles orthopédiques peuvent être fabriqués en tubes métalliques laqués ou plastifiés.

3. Toutes les voiturettes et tricycles à l'exception de la prestation 615031, sont équipés d'un ou de deux freins.

Conditions spéciales pour les voiturettes d'invalidé

a) Les tubes métalliques :

Ils doivent être de première qualité et avoir au minimum un diamètre de 22 mm et une épaisseur d'1 mm.

Pour la prestation 616136 - 616140, le diamètre est ramené à 19 mm au moins.

Pour les pièces accessoires, le diamètre est de 16, 19 ou 25 mm au moins.

L'épaisseur du tube en titanium ou autre matière d'une qualité équivalente, doit avoir la même résistance.

b) Le recouvrement :

Le siège et le dossier sont en simili cuir ou d'un autre matériel de qualité égale.

1° Le siège et le dossier souples sont renforcés d'un canevas ou d'un tissu de coton ou d'un autre matériel de renforcement.

Ils sont renforcés et fixés à la voiturette au moyen de rivets, vis Parker ou boulons.

2° Les siège et dossier rigides, modèle plat, sont fabriqués d'une plaque de base recouverte d'un rembourrage de 2 cm au moins.

Le dossier rigide, modèle incurvé, est fabriqué d'une plaque de base incurvée recouverte d'un rembourrage de 3 cm au moins.

Les siège et dossier rigides, modèle anatomique sont fabriqués d'une plaque de base de 12 mm au moins d'épaisseur recouverte d'un rembourrage d'au moins 4 cm au centre et 8 cm au bord antérieur excepté lorsque le siège comporte une selle d'abduction. Ce rembourrage atteint graduellement 8 cm aux bords latéraux.

Pour la prestation 616733 - 616744, on accepte également l'utilisation de pelotes. Dans ce cas, le dossier comporte une garniture plate dont le rembourrage atteint 3 cm au moins et des fentes permettant le glissement des pelotes vers le haut et vers le bas.

Le rembourrage doit avoir une bonne densité pour garder sa forme d'origine.

Pour la prestation 616932 - 616943, on accepte également une plaque de base avec courbure anatomique, recouverte d'un rembourrage de 3 cm au moins ou un siège, avec un entrelas de sangles de caoutchouc, dont le rembourrage doit atteindre 4 cm au moins.

Le dossier doit avoir 35 cm de hauteur au moins.

3° La voiturette est munie de deux accoudoirs rembourrés, recouverts de simili cuir ou d'une autre matière. Pour les enfants on peut éventuellement employer du bois vernis. Excepté pour les prestations 615016, 615031 et 615311 - 615322, les accoudoirs doivent être renforcés par une plaque de protection en métal ou en plastic, ou, au minimum, être pourvus d'un bord de protection. Les plaques de côté éventuelles sont comprises dans la prestation. Les voiturettes 615075, 615392 - 615403 et 615436 - 615440 sont toujours livrées sans accoudoir.

Les accoudoirs amovibles doivent être verrouillables, notamment au moyen de boutons à pression.

4° La prestation 615031 comporte un cadre réglable vers l'avant et vers l'arrière. Il est également réglable sur le cadre de base vers l'avant et vers l'arrière.

c) Les repose-pieds :

Les repose-pieds, en une ou deux pièces, sont relevables et réglables en hauteur.

La sangle arrête-jambes éventuelle est fournie sans supplément.

d) Méplats et croisillons :

Les méplats employés pour les croisillons dans le système de pliage des voitures sont d'un minimum de 20 X 3 mm; les méplats des côtés sont d'un minimum de 15 X 3 mm. Lors de l'emploi d'un seul croisillon dans le système de pliage, il y a lieu d'employer un tube d'un minimum de 25 mm de diamètre.

e) Les roues :

Les roues sont montées avec pneus gonflables ou pleins. Ils doivent être de mesures standard.

Toute voiturette à pneus gonflables est livrée avec les chambres à air et une pompe. Le fournisseur doit être à même de livrer à tout moment les pneus et les chambres à air pour les voiturettes fournies. Les roues ainsi que les têtes de fourche des roues avant sont équipées de roulement à billes ou à galets ou de coussinets en nylon. Les rayons des roues sont de 13 g au moins.

Les moyeux sont zingués ou chromés.

Les jantes sont en métal.

Conditions particulières pour les voiturettes sans moyen de propulsion individuelle.

1. La voiturette 615016 est équipée de quatre roues dont deux roues pivotantes. Deux de ces roues doivent avoir un minimum de 100 mm de diamètre et les deux autres, de 150 mm.

Les voiturettes 615031, 615090 et 615112 sont équipées de quatre roues pivotantes ayant un minimum de 100 mm de diamètre.

2. Les voiturettes 615053, 615075 et 615134 - 615145 sont équipées de quatre roues à rayons d'un minimum de 300 mm de diamètre ou de deux roues d'un minimum de 300 mm de diamètre et de deux roues pivotantes d'un minimum de 200 mm de diamètre, à chambres à air ou à pneus pleins.

Conditions particulières pour les voiturettes à propulsion individuelle.

La voiturette 615311 - 615322 est équipée de deux roues arrière de 600 mm au moins de diamètre et de deux roues avant pivotantes de 100 mm de diamètre au moins.

La voiturette 615355 - 615366 est équipée de deux roues avant de 600 mm de diamètre au moins et de deux roues arrière pivotantes de 200 mm de diamètre au moins.

Les voiturettes 615333 - 615344 et 615370 - 615381 sont équipées de deux roues arrière de 600 mm au moins de diamètre et de deux roues avant pivotantes de 200 mm de diamètre au moins.

Les voiturettes 615392 - 615403 et 615414 - 615425 sont équipées de deux roues arrière de 500 mm de diamètre au moins et de deux roues avant de 300 mm de diamètre au moins.

La voiturette 615436 - 615440 est équipée de deux roues arrière de 600 mm de diamètre au moins et de deux roues avant de 300 mm de diamètre au moins.

La voiturette 615451 - 615462 est équipée de trois roues de 300 mm de diamètre au moins.

La voiturette 615473 - 615484 est équipée de deux roues arrière de 600 mm de diamètre au moins et de deux roues avant de 100 mm de diamètre au moins.

La voiturette 615495 - 615506 est équipée de deux roues arrière de 600 mm de diamètre au moins et d'une roue avant de 500 mm de diamètre au moins.

La voiturette 615510 - 615521 est équipée de deux roues arrière de 600 mm de diamètre au moins et d'une roue avant de 200 mm de diamètre au moins.

Conditions particulières pour les voiturettes électriques et électroniques.

Les voiturettes sont fabriquées de manière telle que tant le dispositif de commande que la partie électrique et électronique soient facilement amovibles de sorte que des réparations éventuelles puissent être effectuées.

Tout circuit électrique doit être protégé contre toute surcharge.

Les moteurs sont de bonne qualité.

Les voiturettes pour usage à l'extérieur, doivent être équipées d'un frein électrique.

Les freins électriques 617912 - 617923 sont raccordés séparément et directement sur la batterie. En cas d'usage d'un moteur électro-magnétique, ils se ferment automatiquement en cas de panne de courant.

Les batteries doivent être à plaques renforcées.

La voiturette 615753 - 615764 est livrée avec une batterie de 24 ampères au moins.

La batterie des voiturettes 615834 - 615845 et 615856 - 615860 doit permettre normalement de couvrir une distance minimum de 40 km sans recharge.

Les prestations 617750 - 617761 et 617772 - 617783 sont adaptées à la voiturette électrique ou électronique.

La commande se trouve dans le levier de direction et la boîte de commande peut s'adapter à la voiturette avec ou sans cinquième roue.

Conditions spéciales pour les tricycles orthopédiques.

Le tricycle 618015 est fabriqué en tubes de 22 mm de diamètre au moins.

Le tricycle 618030 est fabriqué en tubes de 25 mm de diamètre au moins.

Les tricycles 618052 et 618074 sont fabriqués en tubes de 28 mm de diamètre au moins.

Ces mesures s'appliquent au tube principal du cadre, les pièces accessoires pouvant être en tubes de 16 mm, 19 mm ou 22 mm de diamètre au moins.

Les tricycles sont munis d'un système de chaîne avec traction sur une roue arrière.

La seconde roue arrière est libre.

Lorsque le tricycle est équipé de deux roues avant, la commande se fait sur la roue arrière.

La chaîne doit être tendue par l'étirement du cadre coulissant.

L'axe arrière est équipé de roulements à billes ou en nylon.

Les tricycles 618030, 618052 et 618074 ont un porte-bagages à l'avant.

Les tricycles 618052 et 618074 ont un porte-bagages à l'arrière.

Les roues doivent répondre aux conditions spéciales pour les voiturettes d'invalides).

Conditions spéciales pour les cadres de marche.

Les cadres sont fabriqués :

- a) en tubes laqués, plastifiés, ou chromés;
- ou
- b) en aluminium anodisé ou poli;
- ou
- c) en acier inoxydable.

Les prestations 618391 et 618413 sont fabriquées en tubes de 19 mm de diamètre au moins.

Les prestations 618310, 618332, 618354, 618376 et 618435 sont fabriquées en tubes de 22 mm de diamètre au moins. Ces mesures sont valables pour le tube principal du cadre; les autres tubes peuvent être de 16 mm, 19 mm ou 22 mm de diamètre au moins.

Les cadres de marche sont réglables en hauteur.

19° Pour les prestations prévues au 1°, le remboursement est octroyé au bénéficiaire à la condition que les appareils ne soient jamais vendus à des tiers. Au cas où le motif d'utilisation cesse d'exister au cours des deux années qui suivent la fourniture, l'organisme assureur en est informé et l'appareil est tenu à sa disposition. Il peut le reprendre et l'affecter à son propre service de prêt ou en faire don.

Art. 29. § 1er. Sont considérés comme relevant de la compétence des orthopédistes (T) :

TRONC :

Minerve :

(1)	(2)	(3)			
7001	620012	620023	Plaque crânienne en matière plastique.....	T	76,7
7002	620034	620045	Casque crânien.....	T	224,2
7003	620056	620060	Collier de type Schanz simple, en cuir ou en matière plastique.....	T	106,2
7004	620071	620082	Collier de type Schanz avec appui-menton en cuir moulé ou matière plastique moulée.....	T	253,7
7005	620093	620104	Collier de type Schanz avec appui-menton et occiput, en métal ou matière plastique réglable.....	T	241,9
7520	620115	620126	Collier de type Schanz avec appui-menton et occiput en métal ou matière plastique.....	T	143,48
7006	620130	620141	Collier minerve en matière plastique.....	T	330,4
7007	620152	620163	Collier minerve en cuir.....	T	413
7008	620174	620185	Minerve avec corselet en matière plastique.....	T	472
7009	620196	620200	Minerve avec corselet thoracique en cuir.....	T	531
7010	620211	620222	Corselet minerve réglable avec appui thoracique.....	T	448,4
Lombostat pour affection de la colonne lombo-sacrée :					
En coutil et métal, sur mesure :					
7011	620616	620620	Hauteur de 25 cm maximum.....	T	130,8
7012	620631	620642	Hauteur de 26 cm à 30 cm.....	T	141,7
7013	620653	620664	Hauteur de 31 cm à 40 cm.....	T	152,6
7014	620675	620686	Hauteur de plus de 40 cm.....	T	175
7015	620690	620701	Dorso-lombaire avec épaulières.....	T	250

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
 (2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
 (3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

7016	620712	620723	Supplément pour plaque dorsale rigide d'une largeur minimale de 10 cm.....	T	13
7017	620734	620745	En cuir et coutil avec armature métallique complète, comprenant une cage métallique de hanche et appuis latéraux, d'après moulage.....	T	354
7018	620756	620760	En matière plastique avec ou sans devant en tissu ou en tissu élastique.....	T	354
Corset orthopédique en dessous des omoplates :					
7019	620771	620782	En cuir moulé armé.....	T	531
7020	620793	620804	En cuir moulé armé, avec devant en tissu ou en tissu élastique.....	T	531
7021	620815	620826	En cuir moulé armé, avec appui sternal.....	T	619,5
7022	620830	620841	En matière plastique.....	T	436,6
7023	620852	620863	En matière plastique, avec devant en tissu ou en tissu élastique.....	T	472
7024	620874	620885	En matière plastique, avec appui sternal.....	T	556,96
7027	620896	620900	A lignes de force, comprenant un cadre en ressort, type américain.....	T	354
7025	620911	620922	A lignes de force, en matière plastique.....	T	448,4
7026	620933	620944	A lignes de force, en métal avec devant tissu, cuir ou matière plastique.....	T	531
Corset orthopédique, type correctif :					
7028	621014	621025	Corset comprenant tout le tronc, sans les épaules, en cuir moulé armé ou à lignes de force en cuir et métal	T	531
7029	621036	621040	Corset comprenant tout le tronc, sans les épaules, en matière plastique ou à lignes de force en matière plastique.....	T	501,5
7030	621051	621062	Type cuirasse à épaulière, en cuir moulé armé.....	T	767
7031	621073	621084	Type cuirasse à épaulière, en matière plastique.....	T	560,5
7032	621095	621106	Hyperextension brace, en métal ou en matière plastique.....	T	531
7033	621110	621121	Correctif avec béquillon ou/et pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing etc.).....	T	767
Milwaukee :					
7034	621213	621224	Corset orthopédique, type correctif, à pelote de pression et minerve.....	T	1020,7
Corset cuirasse à épaulière moulée et minerve :					
7035	621316	621320	en cuir moulé armé.....	T	1020,7
7036	621331	621342	en matière plastique.....	T	826
7037	621353	621364	Tige dorsale du type Spitzzy à fixer par renfort métal sur ceinture tissu.....	T	115,83
7038	621375	621386	Tige dorsale du type Spitzzy, rigide, à fixer sur ceinture cuir, matière plastique ou cuir et coutil métal.....	T	96,6

7039	621390	621401	Tige dorsale du type Spitzzy, supplément pour articulation sur la tige.....	T	55,5
7040	621412	621423	Supplément par attelle en duralumin à adapter dans un lombostat coutil-métal.....	T	5,43
7041	621434	621445	Pelote en matière plastique moulée minimum 1/4, maximum 1/3, de la circonférence du corps, à adapter dans un lombostat en coutil au-dessus des omoplates.....	T	189,25
7042	621456	621460	Pelote en matière plastique moulée à adapter dans un lombostat coutil en dessous des omoplates.....	T	123,47
7043	621471	621482	Redresseur d'épaule.....	T	102,55
7044	621493	621504	Coquille dorso-lombaire, au dessus de 12 ans.....	T	352,2
7521	621515	621526	Coquille en dessous des omoplates, au-dessus de 12 ans.....	T	306,41
7045	621530	621541	Coquille dorso-lombaire, de 2 à 12 ans.....	T	289,74
7522	621552	621563	Coquille en dessous des omoplates, de 2 à 12 ans.....	T	252,07
7046	621574	621585	Coquille dorso-lombaire, en dessous de 2 ans.....	T	246,15
7523	621596	621600	Coquille en dessous des omoplates, en dessous de 2 ans.....	T	214,15
7524	621611	621622	Supplément pour un ou deux segments cuisse, valable pour les 621493 - 621504, 621530 - 621541, 621574 - 621585, 621515 - 621526, 621552 - 621563 et 621596 - 621600.....	T	35,4
7047	621633	621644	Garnissage par cuir artificiel d'une coquille dorso-lombaire en plâtre et ajustage de pelote feutrée et sangles.....	T	158,85
7048	621655	621666	Ressort circulaire et pelote de pression pour déformation du thorax.....	T	317,6
7049	621670	621681	Coquille en matière plastique avec ressort et pelotes de pression pour déformation thoracique ou autre au-dessus de 12 ans.....	T	722,8
7050	621692	621703	Coquille en matière plastique avec ressort et pelotes de pression pour déformation thoracique ou autre, de 2 à 12 ans.....	T	660,1
7051	621714	621725	Coquille en matière plastique avec ressort et pelotes de pression pour déformation thoracique ou autre, en dessous de 2 ans.....	T	601,43
7053	621736	621740	Appareil genre Kalabis pour scoliose.....	T	263,9
7055	621751	621762	Lombostat en cuir moulé armé.....	T	489,2
7056	621773	621784	Lombostat cuir moulé armé avec devant tissu ou tissu élastique.....	T	459,47
7057	621795	621806	Corset d'hyperextension avec minerve.....	T	749,85
7059	621810	621821	Sangle abdominale en matière élastique à adapter au corset orthopédique ou au lombostat rigide (620756 - 620760, 621751 - 621762 et 621773 - 621784).....	T	63,2
7060	621832	621843	Corset-siège en matière plastique ou cuir avec deux segments cuisse ou planche siège, pour adultes.....	T	719,8
7061	621854	621865	Idem, pour enfants de moins de 12 ans.....	T	613,6
7525	621876	621880	Appui-tête sur mesure et réglable.....	T	84,37
7526	621891	621902	Segment jambe.....	T	35,4
7527	621913	621924	Segment pied.....	T	47,2

7528	621935	621946	Par articulation.....	T	41,3
7529	621950	621961	Par verrou.....	T	41,3
7530	621972	621983	Par secteur.....	T	41,3
7531	621994	622005	Système de fixation sur chaise par rotule ou système réglable similaire.....	T	172,32
7532	622016	622020	Planche d'équilibration formée sur les deux segments cuisse.....	T	66,38
7062	622031	622042	Collier mousse et tissu, fermeture Velcro.....	T	50,1
7063	622053	622064	Pelote pneumatique pour corset.....	T	40,09
Réparation et entretien :					
7064	622075	622086	d'un corset orthopédique ou d'un lombostat en cuir moulé, en matière plastique ou en cuir et coutil avec armature métallique complète, par année.....	T	59
7065	622090	622101	d'un minerve, par année.....	T	23,6
MEMBRE SUPERIEUR :					
a) appareils orthopédiques "non fonctionnels" :					
Segment-doigt :					
7066	622215	622226	par doigt, de l'extrémité du doigt, ou en-deçà et comprenant au minimum une phalange, à l'articulation métacarpophalangienne ou en-deçà. Ce segment n'est pris en considération que si le doigt est appareillé individuellement, même si l'appareil comprend d'autres segments, solidaires ou non.....	T	29,5
Segment-main :					
7067	622311	622322	de l'articulation métacarpophalangienne à l'articulation métacarpocarpienne, en matière moulée, cuir, plastique ou métal. Le segment-main peut être appareillé séparément.....	T	70,8
7640	622333	622344	de l'articulation métacarpophalangienne à l'articulation métacarpocarpienne, appui palmaire en forme de pelote ou de barre.....	T	29,5
Segment-main et doigt :					
7068	622414	622425	de l'extrémité des doigts, ou légèrement en-deçà et comprenant au moins une phalange, à l'articulation métacarpocarpienne, ou légèrement en-deçà. Ce segment n'est pris en considération que si l'appareillage de la main et des doigts est conçu en une pièce, c'est-à-dire si les doigts sont pris en bloc et non individuellement. Ce poste peut faire partie d'un appareil comprenant d'autres segments plus proximaux.....	T	141,6
Segment-poignet :					
7069	622510	622521	de l'articulation métacarpocarpienne à 2 à 3 cm au-dessus de l'articulation carpienne. Ce segment n'est pris en considération que s'il constitue la partie la plus proximale de l'appareil. Dans les autres cas, il se confond avec le segment avant-bras.....	T	29,5

Segment-poignet et avant-bras :

7070	622613	622624	de l'articulation métacarpocarpienne à l'articulation du coude.....	T	141,6
------	--------	--------	---	---	-------

Segment-bras :

7071	622716	622720	de l'articulation du coude à l'articulation scapulo-humérale.....	T	141,6
------	--------	--------	---	---	-------

Segment-épaule et/ou hémithorax :

7072	622731	622742	de l'articulation scapulo-humérale à la naissance du cou, descendant postérieurement jusqu'à l'épine de l'omoplate et antérieurement jusqu'à la naissance des côtes et/ou prenant la moitié du thorax (non cumulable avec les n°s 622812 - 622823, 622834 - 622845 et 622856 - 622860).....	T	160
------	--------	--------	---	---	-----

Segment-thorax :

7073	622812	622823	corselet en coutil.....	T	141,6
7074	622834	622845	corselet en cuir.....	T	295
7075	622856	622860	corselet en matière plastique.....	T	236

Supplément pour articulation mobile :

7076	623011	623022	doigt, par doigt.....	T	17,7
7077	623033	623044	main.....	T	29,5
7078	623055	623066	épaule avec articulation simple.....	T	59
7079	623070	623081	épaule avec articulation double.....	T	118
7080	623092	623103	coude.....	T	94,4
7081	623114	623125	supplément pour crémaillère ou secteur.....	T	94,4
7082	623136	623140	supplément pour verrou de blocage.....	T	94,4

En ce qui concerne les segments des appareils du membre supérieur (n°s 622311 - 622322, 622333 - 622344, 622414 - 622425, 622510 - 622521, 622613 - 622624 et 622716 - 622720), pour des raisons d'application, il n'est pas toujours possible que l'appareillage atteigne la ligne des articulations décrites dans la présente nomenclature. Il est admis que ces segments doivent comprendre au moins les deux tiers du segment décrit.

a bis) Appareils orthopédiques standard à adaptation individuelle :

Attelles du type BUNNEL :

7533	623313	623324	Valve à main et avant-bras pour hyperextension du poignet.....	T	57,17
7534	623335	623346	Extension du poignet avec flexion des métacarpophalangiennes.....	T	63,30
7535	623350	623361	Knuckle Bender pour fléchir l'articulation métacarpophalangienne.....	T	50,97
7536	623372	623383	Knuckle Bender pour fléchir l'articulation métacarpophalangienne avec traction pour l'articulation distale des doigts.....	T	59,58

7537	623394	623405	Knuckle Bender pour fléchir l'articulation métacarpo-phalangienne avec segment pour fléchir l'articulation distale des doigts.....	T	63,70
7538	623416	623420	Attelle d'Oppenheimer à ressort pour hyperextension du poignet pour paralysie radiale.....	T	53,24
7539	623431	623442	Attelle de Thomas avec suspension pour paralysie radiale.....	T	63,70
7540	623453	623464	Attelle d'extension du doigt en fil de ressort avec attache au poignet.....	T	31,48
7541	623475	623486	Spring Wire Safety Pin Splint. Attelle en fil ressort (épingle de sûreté) pour extension du doigt.....	T	20,72
7542	623490	623501	Idem mais avec boucle dans le ressort pour permettre la flexion active.....	T	23,20
7543	623512	623523	Attelle dorsale pour maintenir le poignet en flexion après suture des tendons fléchisseurs ou du nerf médium ou cubital, avec traction élastique pour l'articulation distale des doigts.....	T	68,61
7544	623534	623545	Appareil Knuckle Bender inverse pour étendre l'articulation métacarpophalangienne.....	T	52,94
7545	623556	623560	Appareil Knuckle Bender inverse pour étendre l'articulation métacarpophalangienne avec traction élastique pour l'articulation distale des doigts.....	T	63,70
7546	623571	623582	Attelle avec lame de ressort et traction élastique pour étendre l'articulation distale interphalangienne	T	54,57
547	623593	623604	Attelle fil ressort (Knuckle Bender pour doigt, pour flexion de l'articulation proximale du doigt).....	T	28,36
7548	623615	623626	Attelle fil ressort pour extension de l'articulation proximale du doigt.....	T	33
7549	623630	623641	Combinaison d'une attelle d'Oppenheimer pour dorsiflexion du poignet et d'un Knuckle Bender pour flexion de l'articulation métacarpophalangienne et traction élastique pour l'extension de l'articulation distale des doigts.....	T	94,74
7550	623652	623663	Combinaison d'une attelle d'Oppenheimer pour dorsiflexion du poignet, et d'un Knuckle Bender pour l'extension de la métacarpophalangienne, et traction élastique pour l'extension de l'articulation distale des doigts.....	T	98,68
7551	623674	623685	Combinaison d'une attelle d'Oppenheimer pour la dorsiflexion du poignet avec une attelle avec lame de ressort et élastique pour l'extension de l'articulation distale des doigts.....	T	106,17
Attelles de type anglais :					
7552	623814	623825	Ressort pour les 5 doigts de la main (faiblesse des extenseurs).....	T	39,80
7553	623836	623840	Ressort pouce et index médium (préhension opposition pouce et index).....	T	22,35
7554	623851	623862	Ressort opposition des doigts.....	T	35,86
7555	623873	623884	Extension de tous les doigts en passant par la main..	T	19,27
7556	623895	623906	Segment main et avant-bras en ressort (dorsi-flexion du poignet).....	T	38,24

7557	623910	623921	Segment main et avant-bras en ressort avec appui pour doigt, pouce séparé. Dorsi-flexion du poignet et extension pouce et doigt.	T	54,87
7558	623932	623943	Segment main et avant-bras en ressort avec ressort pour les 5 doigts.....	T	103,87
7559	623954	623965	Appui externe de la main et auriculaire pour déviation cubitale.....	T	25,54
7560	623976	623980	Anneau doigt et appui externe main pour déviation cubitale.....	T	46,07
7561	623991	624002	Trois doigts et avant-bras, utilisant la dorsiflexion pour la préhension.....	T	156,40
7562	624013	624024	Segment main - anneau main et anneau doigt pour déviation cubitale.....	T	93,26
7563	624035	624046	Doigt et main pour main balante (Knuckle Duster).....	T	46,07
			Attelles diverses :		
7564	624116	624120	Appareil pour paralysie obstétricale du membre supérieur, en plastique.....	T	385,16
7565	624131	624142	Attelle de Capner.....	T	114,68
7566	624153	624164	Tennis Elbow Splint.....	T	186,36
			Réparation et entretien :		
7083	624315	624326	d'un appareil orthopédique du membre supérieur, par tranche de T 100, par année.....	T	11,8
			b) prothèses de parade et/ou de travail pour :		
7084	624411	624422	amputation totale ou partielle de 1, 2, 3 ou 4 doigts sauf appareillage simultané du pouce et de l'index, gant en peau éventuel compris.....	T	258,3
7085	624433	624444	amputation totale ou partielle de 2, 3 ou 4 doigts, avec appareillage simultané du pouce et de l'index, gant en peau éventuel compris.....	T	344,4
7086	624455	624466	amputation totale ou partielle des 5 doigts, gant en peau éventuel compris.....	T	393,6
7087	624470	624481	amputation totale ou partielle de 1, 2, 3 ou 4 doigts, sauf appareillage simultané du pouce et de l'index, prothèse composée de doigts artificiels fixés sur manchette rigide en cuir moulé ou en matière plastique, gant en peau éventuel compris.....	T	522,75
7088	624492	624503	amputation totale ou partielle de 2, 3 ou 4 doigts, avec appareillage simultané du pouce et de l'index, prothèse composée de doigts artificiels fixés sur manchette rigide en cuir moulé ou en matière plastique, gant en peau éventuel compris.....	T	584,25
7089	624514	624525	amputation totale ou partielle des 5 doigts : prothèse composée de doigts artificiels fixés sur manchette rigide en cuir moulé, ou en matière plastique, gant en peau éventuel compris.....	T	615

7090	624536	624540	amputation partielle ou totale des doigts : prothèse composée d'une manchette renforcée en son extrémité et pourvue d'un dispositif permettant l'adjonction d'outils.....	T	615
7091	624551	624562	Désarticulation du poignet : avant-bras en duralumin ou bois ou cuir et métal ou matière plastique remontant jusqu'à mi-bras avec main en feutre ou bois ou matière plastique.....	T	369
7092	624573	624584	Désarticulation du poignet : avant-bras en duralumin ou bois ou cuir et métal ou matière plastique remontant jusqu'au coude avec main en cuir ou bois ou matière plastique.....	T	418,2
7093	624595	624606	amputation de l'avant-bras : avant-bras en duralumin ou en bois ou en cuir et métal ou en matière plastique, poignet fixe maintenu au-dessus du coude ou manchette brachiale avec articulation simple au niveau du coude.	T	492
7094	624610	624621	amputation de l'avant-bras : avant-bras en duralumin ou en bois ou en cuir et métal ou en matière plastique, poignet fixe maintenu au-dessus du coude ou manchette brachiale avec articulation simple au niveau du coude avec double gaine.....	T	576,5
7095	624632	624643	amputation de l'avant-bras : avant-bras en duralumin ou en bois ou en cuir et métal ou en matière plastique, poignet fixe maintenu par une manchette brachiale à articulation physiologique.....	T	676,5
7096	624654	624665	désarticulation du coude : prothèse en duralumin ou en bois ou en cuir et métal ou en matière plastique..	T	738
7097	624676	624680	amputation du bras : prothèse en duralumin ou en bois ou en cuir et métal ou en matière plastique.....	T	738
7098	624691	624702	désarticulation de l'épaule : prothèse en duralumin ou en bois ou en cuir et métal ou en matière plastique avec harnais de maintien en sangles.....	T	984
7099	624713	624724	désarticulation de l'épaule : prothèse en duralumin ou en bois ou en cuir et métal ou en matière plastique avec corset de maintien en cuir ou en matière plastique fabriqué sur moulage.....	T	1230
Supplément :					
7100	624816	624820	par verrou de blocage simple.....	T	73,8
7101	624831	624842	par verrou de blocage en positions multiples.....	T	159,9
7102	624853	624864	pour coude à blocage en toutes positions.....	T	246
7103	624875	624886	système de main amovible à baïonnette.....	T	86,1
7104	624890	624901	système de main amovible à visser.....	T	110,7
7105	624912	624923	système de main amovible à prise rapide.....	T	135,3
7106	624934	624945	système "Sema" pour outils de travail.....	T	135,3
7107	624956	624960	système à prise rapide avec dispositif de réglage de la pro-supination.....	T	221,4
7567	624971	624982	système de pro-supination active actionnée pour l'extrémité du moignon d'avant-bras. N'est pas cumulable avec le 624956 - 624960.....	T	301,75

Les prestations 624875 - 624886, 624890 - 624901, 624912 - 624923, 624934 - 624945, 624956 - 624960 ne sont pas cumulables entre elles.

7108	624993	625004	pour adjonction d'outils de travail simples, tels que anneau, crochet.....	T	61,5
7109	625015	625026	pour adjonction de crochet de travail articulé.....	T	246
7110	625030	625041	gant en matière plastique, type standard.....	T	153,75
7641	625052	625063	articulation épaule simple.....	T	59
7642	625074	625085	articulation épaule double.....	T	118
7643	625096	625100	articulation épaule à freinage.....	T	246

Réparation, entretien :

7111	625214	625225	d'une prothèse définitive du membre supérieur, par année.....	T	86,1
------	--------	--------	---	---	------

Remplacement d'un fût en cas de réamputation, d'intervention chirurgicale sur le moignon ou de modification importante du moignon :

7112	625310	625321	désarticulation du poignet.....	T	169,55
7113	625332	625343	avant-bras.....	T	200,4
7114	625354	625365	bras.....	T	250,94

Recalibrage d'un fût :

7568	625413	625424	Par liège ou cuir.....	T	22,6
7569	625435	625446	Par matière plastique.....	T	27,44

Au maximum deux recalibrages par fût.

MEMBRE INFÉRIEUR :

a) appareils orthopédiques :

I. Appareils releveurs du pied :

Appareil rigide, ressort ou attelle en matière plastique interne ou externe à la chaussure à appliquer à une chaussure de série :

7115	625612	625623	Tout appareil.....	T	147,5
------	--------	--------	--------------------	---	-------

Appareil articulé fixé ou non dans le talon de la chaussure :

1) ne comprenant qu'un montant :

7116	625634	625645	tout appareil.....	T	118
7117	625656	625660	segment-pied.....	T	59
7118	625671	625682	segment-semelle ou étrier amovible.....	T	59
7119	625693	625704	segment-jambe....	T	59
7120	625715	625726	segment-jambe, avec gaine cuir moulé.....	T	129,8
7121	625730	625741	segment-jambe, montant type Kleenzach.....	T	129,8
7122	625752	625763	articulation de la cheville.....	T	59

2) comprenant 2 montants :

7123	625774	625785	tout appareil.....	T	182,9
7124	625796	625800	segment-pied.....	T	70,8
7125	625811	625822	segment-semelle ou étrier plat amovible.....	T	70,8
7126	625833	625844	segment-jambe.....	T	70,8
7127	625855	625866	segment-jambe, avec gaine cuir moulé.....	T	141,6
7128	625870	625881	segment-jambe, montant type Kleenzach.....	T	141,6
7129	625892	625903	articulation de la cheville.....	T	94,4

II. Appareil jambier :

Chevillère :

7644	626010	626021	chevillère en tissu ou peau avec armature métallique ou plastique.....	T	106,2
------	--------	--------	--	---	-------

Guêtre :

7130	626113	626124	tout appareil.....	T	188,8
7131	626135	626146	segment-jambe, en cuir armé.....	T	118
7132	626150	626161	segment-jambe, en matière plastique.....	T	82,6
7133	626172	626183	supplément pour étrier réglable ou prise (complète) du pied.....	T	59
7134	626194	626205	supplément pour prise talon.....	T	23,6
7570	626216	626220	supplément pour fixation extérieure sur chaussure par boîtier ou étrier.....	T	59

Les prestations 626172 - 626183, 626194 - 626205 et 626216 - 626220 ne sont pas cumulables entre elles.

Botte remontant jusqu'à mi-mollet :

7135	626312	626323	botte remontant jusqu'à mi-mollet avec renfort de métal ou plastique, latéral ou postérieur.....	T	118
7136	626334	626345	segment-pied.....	T	59
7137	626356	626360	segment-semelle.....	T	59
7138	626371	626382	segment-jambe.....	T	59

Botte remontant jusqu'aux plateaux tibiaux :

7139	626511	626522	botte remontant jusqu'aux plateaux tibiaux avec renfort en métal ou plastique, latéral ou postérieur....	T	188,8
7140	626533	626544	segment-pied.....	T	70,8
7141	626555	626566	segment-semelle.....	T	77,8
7142	626570	626581	segment-jambe, avec 2 montants remontant jusqu'à mi-mollet.....	T	59
7143	626592	626603	segment-jambe, avec 2 montants remontant jusqu'aux plateaux tibiaux.....	T	141,6
7144	626614	626625	étrier réglable.....	T	94,4

III. Genouillère :

7145	626710	626721	en tissu ou tissu élastique avec renfort métallique articulé au genou, modèle préfabriqué à adaptation individuelle.....	T	83,30
7146	626732	626743	en tissu ou tissu élastique avec renfort ou ressort, modèle préfabriqué à adaptation individuelle.....	T	20,27

III bis. Appareil cruro-jambier :

Enfants
de moins
de 12 ans

7147	626813	626824	tout appareil.....	T	236	T	283,2
7148	626835	626846	segment-jambe, en cuir armé.....	T	94,4	T	141,6
7149	626850	626861	segment-jambe, en matière plastique ou à cercle.....	T	59	T	70,8
7150	626872	626883	segment-cuisse, en cuir armé.....	T	94,4	T	141,6
7151	626894	626905	segment-cuisse, en matière plastique ou à cercle.....	T	59	T	70,8
7152	626916	626920	supplément pour étrier.....	T	70,8	T	94,4
7153	626931	626942	supplément pour prise du talon.....	T	23,6	T	23,6
7154	626953	626964	supplément pour articulation du genou.	T	70,8	T	118
7155	626975	626986	supplément par verrou et/ou secteur...	T	70,8	T	141,6

IV. Appareils cruro-et ischio-pédieux :

7156	627115	627126	tout appareil.....	T	283,2	T	354
7157	627130	627141	segment-pied.....	T	59	T	70,8
7158	627152	627163	segment-semelle, étrier plat amovible ou à amortisseur télescopique.....	T	59	T	70,8
7159	627174	627185	segment-jambe, en cuir armé.....	T	94,4	T	141,6
7160	627196	627200	segment-jambe, en matière plastique...	T	70,8	T	123,9
7161	627211	627222	segment-jambe, à cercle.....	T	70,8	T	88,5
7162	627233	627244	segment-cuisse, en cuir armé.....	T	94,4	T	141,6
7163	627255	627266	segment-cuisse, en matière plastique..	T	70,8	T	123,9
7164	627270	627281	segment-cuisse, à cercle.....	T	70,8	T	88,5
7165	627292	627303	supplément pour articulation, cheville	T	70,8	T	82,6
7166	627314	627325	supplément pour articulation, genou...	T	70,8	T	118
7167	627336	627340	supplément pour verrou.....	T	70,8	T	141,6
7168	627351	627362	supplément pour secteur, tendeur ou quadriceps artificiel.....	T	70,8	T	141,6
7169	627373	627384	supplément pour appui ischiatique (uniquement pour adulte).....	T		T	47,2
7170	627395	627406	supplément pour ceinture de taille simple, large de 5 cm.....	T	23,6	T	23,6

V. Appareil ischio-pédieux de décharge de la hanche :

7171	627513	627524	tout appareil.....	T	283,2
------	--------	--------	--------------------	---	-------

7172	627535	627546	segment-pied.....	T	94,4
7173	627550	627561	segment-jambe.....	T	94,4
7174	627572	627583	segment-cuisse.....	T	94,4
7175	627594	627605	supplément pour articulation du genou.....	T	118
7176	627616	627620	supplément par verrou.....	T	141,6
7571	627631	627642	supplément pour système mécanique de réglage de l'abduction de la hanche, non cumulable avec les prestations 627594 - 627605 et 627616 - 627620.....	T	70,8
7572	627653	627664	supplément pour système mécanique pour réglage de la rotation et la stabilisation du pied, non cumulable avec les prestations 627594 - 627605 et 627616 - 627620.....	T	70,8

VI. Appareil pelvi-ou thoraco-pédieux : segments à ajouter aux appareils repris sous les points III, IV et V :

7177	627815	627826	segment-bassin en cuir ou à lignes de force.....	T	141,6
7178	627830	627841	segment-bassin en matière plastique.....	T	141,6
7179	627852	627863	segment-pelvien, bande métallique simple.....	T	59
7180	627874	627885	segment-thorax, en cuir ou à lignes de force.....	T	141,6
7181	627896	627900	segment-thorax, en matière plastique.....	T	141,6
7182	627911	627922	supplément pour articulation de la hanche.....	T	59
7183	627933	627944	supplément pour secteur.....	T	70,8
7184	627955	627966	supplément pour verrou de hanche.....	T	59
7573	627970	627981	supplément pour fessier artificiel.....	T	70,8
7574	627992	628003	pelote pneumatique, maximum 3.....	T	40,69
7575	628014	628025	supplément pour siège "bacquet".....	T	123,9
7576	628036	628040	supplément pour système rendant le ou les appareils amovibles du segment-bassin.....	T	59

VII. Appareil de hanche :

7185	628110	628121	tout appareil.....	T	354
7186	628132	628143	segment-jambe en cuir.....	T	141,6
7187	628154	628165	segment-jambe à cercle.....	T	88,5
7188	628176	628180	segment-jambe en matière plastique.....	T	123,9
7189	628191	628202	segment-cuisse en cuir.....	T	141,6
7190	628213	628224	segment-cuisse à cercle.....	T	88,5
7191	628235	628246	segment-cuisse en matière plastique.....	T	123,9
7192	628250	628261	segment-bassin en cuir, cercle ou plastique.....	T	141,6
7193	628272	628283	segment-thorax.....	T	141,6
7194	628294	628305	supplément pour articulation de la hanche.....	T	100,3
7195	628316	628320	supplément par verrou.....	T	141,6

VIII. Appareil bilatéral pour infirmes moteurs cérébraux, de type Phelps, uniquement en acier ou duralumin, réglable en hauteur :

7196	628412	628423	tout appareil.....	T	354
------	--------	--------	--------------------	---	-----

7197	628434	628445	segment-pied.....	T	70,8
7198	628456	628460	segment-jambe.....	T	88,5
7199	628471	628482	segment-cuisse.....	T	88,5
7200	628493	628504	segment-pelvien.....	T	59
7201	628515	628526	segment-thorax.....	T	88,5
7202	628530	628541	articulation de la cheville avec butée éventuellement réglable ou à double traction.....	T	82,6
7203	628552	628563	articulation du genou avec roulement à bille.....	T	118
7204	628574	628585	articulation de la hanche avec roulement à billes....	T	59
7205	628596	628600	verrou du genou.....	T	141,6
7206	628611	628622	verrou de la hanche.....	T	59

VIII bis. Appareil pelvi-pédieux pour paraplégie, type Parapodium, permettant la station debout, le déplacement autonome et la position assise, non cumulable avec un autre appareil orthopédique de jour des membres inférieurs :

7577	628714	628725	tout appareil.....	T	877,48
7578	628736	628740	supplément pour système mécanique comprenant deux pédales facilitant le déplacement autonome.....	T	390,65

IX. Appareil pour raccourcissement à incorporer à une chaussure de série :

Chaussure intérieure pour inégalité de longueur des membres inférieurs

			Bénéficiaire		
			- 18 ans		
7671	628810	628821	- De 3 cm au moins.....	T 246,93	T 218,55
7672	628832	628843	- De 5 à 8 cm.....	T 295,69	T 259,83
7673	628854	628865	- De plus de 8 cm.....	T 359,19	T 330,20
7679	628876	628880	Botte armée avec compensation et pied artificiel, en cuir armé ou en matière plastique.....		T 796,5

X. Appareil en tissu élastique quadriceps, artificiel ou dérotateur à fixer sur chaussure et ceinture :

7210	629016	629020	ceinture de taille simple, largeur 5 cm au maximum...	T	23,6
7211	629031	629042	ceinture en coutil, cuir ou matière plastique.....	T	141,6
7212	629053	629064	tracteur dérotateur, pièce.....	T	23,6
7213	629075	629086	tracteur quadriceps, pièce.....	T	58,7

XI. Supplément au segment-pied, pour tous les appareils du membre inférieur :

7214	629215	629226	liège ou résine de compensation, par centimètre.....	T	9,12
------	--------	--------	--	---	------

b) appareils de nuit :

I. Appareil de Denis-Brown :

7215	629311	629322	tout appareil, par taille.....	T	59
			(Tout appareil à articulation simple à fixer sur le pied par sparadrap ou bandage ou sur la chaussure par griffe latérale).		
7216	629333	629344	segment-pied, pédale modelée.....	T	23,6
7217	629355	629366	segment-pied, pédale 2ème phase à fixer sur chaussure ou tout appareil de nuit comprenant un segment-pied..	T	23,6
7218	629370	629381	chausson modelé ou petite chaussure de série en forme (pronation, supination ou médium), par taille (maximum 3).....	T	35,4
7219	629392	629403	segment-pied, 3ème phase.....	T	29,5
7220	629414	629425	supplément pour dispositif de réglage du varus-valgus	T	19,85

II. Appareil pédieux :

Tige courbée, rigide ou lanière de Friedman reliant deux chaussures ou deux appareils :

7221	629510	629521	tout appareil.....	T	35,4
------	--------	--------	--------------------	---	------

Appareil de redressement pour hallux-valgus :

7222	629532	629543	tout appareil.....	T	23,6
------	--------	--------	--------------------	---	------

III. Appareil pédieux, pédieux-jambier, cruro-jambier et cruro-pédieux :

En matière plastique ou cuir moulé armé :

7223	629613	629624	tout appareil.....	T	88,5
7224	629635	629646	segment-pied.....	T	47,2
7225	629650	629661	segment-semelle.....	T	47,2
7226	629672	629683	segment-jambe ou cheville.....	T	35,4
7227	629694	629705	segment-cuisse.....	T	35,4

Avec armature métallique et tracteur en cuir :

7228	629812	629823	tout appareil.....	T	59
7229	629834	629845	segment-pied.....	T	47,2
7230	629856	629860	segment-semelle.....	T	47,2
7231	629871	629882	segment-jambe ou cheville.....	T	29,5
7232	629893	629904	segment-cuisse.....	T	29,5

IV. Appareil pour genu-valgum ou varum :

En matière plastique :

7233	630011	630022	tout appareil.....	T	70,8
7234	630033	630044	segment-pied.....	T	29,5
7235	630055	630066	segment-jambe.....	T	29,5
7236	630070	630081	segment-cuisse.....	T	29,5

Avec armature métallique et cuir :

7237	630210	630221	tout appareil.....	T	70,8
7238	630232	630243	segment-pied.....	T	29,5
7239	630254	630265	segment-semelle.....	T	29,5
7240	630276	630280	segment-jambe.....	T	29,5
7241	630291	630302	segment-cuisse....	T	29,5
7242	630313	630324	pelote pneumatique pour le réglage de la correction..	T	40

V. Appareil écarteur de cuisses en cuir, plastique ou métal :

7243	630416	630420	tout appareil.....	T	88,5
7244	630431	630442	segment-cuisse.....	T	35,4
7245	630453	630464	segment-bassin..	T	35,4

VI. Appareil pelvi-pédieux : segment à ajouter aux appareils repris sous les points III, IV :

7246	630615	630626	supplément pelvien.....	T	41,3
7247	630630	630641	supplément pour segment-bassin en matière moulée et prenant tout le bassin.....	T	94,4
7248	630652	630663	supplément pour segment-thorax en matière moulée allant de la base du thorax jusqu'aux aisselles.....	T	59

VII. Supplément pour tous les appareils de nuit à l'exception des appareils de Denis-Brown :

7249	630814	630825	supplément par articulation.....	T	41,3
7250	630836	630840	supplément par verrou.....	T	41,3
7251	630851	630862	supplément par secteur ou tendeur.....	T	41,3

Réparation, entretien :

7252	630910	630921	d'un appareil orthopédique du membre inférieur, par tranche de T 50, par année.....	T	5,9
------	--------	--------	---	---	-----

c) prothèses provisoires :

7253	631013	631024	pilon rigide, avec fût en plâtre.....	T	307,5
7254	631035	631046	pilon rigide, avec fût en plastique, réglable ou non.	T	338,25
7255	631050	631061	pilon rigide, avec fût en cuir et métal ou bois réglable ou non.....	T	369
7256	631072	631083	tibiale sans cuissard pour amputation tibiale ou pour amputation type Chopard, Ricard, Pyrogoff ou Syme, en cuir ou en matière plastique....	T	522,75
7257	631094	631105	pilon articulé, avec fût en plâtre.....	T	418,2
7258	631116	631120	pilon articulé, avec fût en matière plastique, réglable ou non.....	T	479,7
7259	631131	631142	pilon articulé, avec fût en cuir et métal ou bois, réglable ou non.....	T	522,75
7260	631153	631164	supplément pour pied.....	T	116,85

d) prothèses définitives :

7261	631315	631326	pilon pour amputation sous le genou, en bois ou en cuir.....	T	861
7262	631330	631341	pilon pour amputation sous le genou, en duralumin ou en matière plastique.....	T	984
7263	631352	631363	pilon pour amputation de la cuisse, en cuir.....	T	738
7264	631374	631385	pilon pour amputation de la cuisse, en bois.....	T	984
7265	631396	631400	pilon pour amputation de la cuisse, en duralumin ou en matière plastique.....	T	1107
7266	631411	631422	pilon pour désarticulation du genou, en cuir.....	T	1107
7267	631433	631444	pilon pour désarticulation du genou, en bois ou en matière plastique.....	T	1230
7268	631455	631466	pilon pour désarticulation de la hanche, en bois ou cuir.....	T	1353
7269	631470	631481	pilon pour désarticulation de la hanche, en duralumin ou en matière plastique.....	T	1722
7270	631492	631503	appareil pour amputation partielle du pied, chaussure orthopédique non comprise.....	T	307,5
7271	631514	631525	appareil remontant jusqu'à mi-jambe.....	T	430,5
7272	631536	631540	appareil remontant jusqu'aux plateaux tibiaux (amputation type Chopart, Ricard, Pyrogoff ou Syme) en cuir ou en matière plastique.....	T	830,25
7273	631551	631562	appareil pour amputation tibiale sans cuissard.....	T	1014,75
7274	631573	631584	appareil pour désarticulation du genou, en bois ou en cuir et bois.....	T	1107
7275	631595	631606	appareil pour désarticulation du genou, en duralumin ou cuir et duralumin ou en matière plastique ou tubulaire.....	T	1230
7276	631610	631621	appareil remontant jusqu'à mi-cuisse (prothèse avec cuissard articulé au genou pour amputation en dessous du genou), en cuir.....	T	891,75
7277	631632	631643	appareil remontant jusqu'à mi-cuisse (prothèse avec cuissard articulé au genou pour amputation en dessous du genou), en bois ou duralumin ou en matière plastique ou tubulaire.....	T	1076,25
7278	631654	631665	appareil pour amputation de la jambe, avec ankylose à 90°, en bois ou cuir et bois.....	T	1107
7279	631676	631680	appareil pour amputation de la jambe, avec ankylose à 90°, en duralumin, ou cuir et duralumin ou matière plastique ou tubulaire.....	T	1230
7280	631691	631702	appareil pour amputation de la cuisse, en bois ou bois et cuir, ou duralumin et cuir ou matière plastique ou tubulaire.....	T	1168,5
7280	631713	631724	appareil pour désarticulation de la hanche, classique en bois et cuir.....	T	1476
7282	631735	631746	appareil pour désarticulation de la hanche, classique en duralumin ou en matière plastique ou tubulaire....	T	1845

e) supplément pour les prothèses provisoires ou définitives :

7283	631912	631923	par verrou de blocage.....	T	147,69
7284	631934	631945	pour appui ischiatique pour les prothèses en dessous du genou, en cuir ou en matière plastique.....	T	49,29
7285	631956	631960	pour pièce de hanche articulée, avec ceinture de hanche, pelvienne.....	T	135,3
7286	631971	631982	pour pièce de hanche articulée, avec ceinture de hanche, moulée.....	T	258,3
7287	631993	632004	ceinture silésienne et/ou bretelle.....	T	24,6
7288	632015	632026	ceinture silésienne avec attache en U.....	T	85,75
7289	632030	632041	double articulation de la hanche.....	T	246,68
7290	632052	632063	pour genou physiologique, polycentrique ou à freinage progressif en bois.....	T	123
7291	632074	632085	pour genou physiologique, polycentrique ou à freinage progressif, en duralumin et en matière plastique ou tubulaire.....	T	209,14
7292	632096	632100	pour cheville à flexion latérale.....	T	43,05
7293	632111	632122	pour cheville à double mouvement monté sur caoutchouc	T	68,45
7294	632133	632144	pour cheville à réglage de l'équinisme.....	T	68,1
7295	632155	632166	pour fût adhésif ou pour fût à ouverture pour désarticulation du genou.....	T	184,5
7296	632170	632181	pour Soft-socket et/ou manchon tibial mobile et/ou cale condylienne amovible.....	T	73,8
7297	632192	632203	pour double fût quand l'articulation de la hanche est bloquée.....	T	344,4
7579	632214	632225	articulation avec verrou placé sous le fût de la cuisse en cas de moignon court.....	T	241,9
7298	632236	632240	gaine de protection du moignon en nylon protégeant des irritations et écorchures de la prothèse.....	T	12
Bonnettes de laine protégeant de la pression de la prothèse par matelassage :					
7299	632251	632262	prothèse du bras.....	T	12
7300	632273	632284	prothèse tibiale.....	T	16
7600	632295	632306	prothèse fémorale.....	T	14

Réparation, entretien :

7601	632413	632424	entretien d'une prothèse, adaptation de prothèse par an.....	T	86,1
7580	632435	632446	garniture de mousse pour prothèse tubulaire, par année.....	T	118,12

2ème fût après un délai de 4 à 6 mois lorsqu'il n'y a pas eu d'appareillage provisoire préalable

ou

fût supplémentaire en cas de réamputation, intervention chirurgicale sur le moignon ou transformation importante du moignon :

7602	632516	632520	fût pour amputation de la cuisse ou désarticulation du genou.....	T	221,4
7603	632531	632542	coque pour désarticulation de la hanche.....	T	801,65
Amputation tibiale (les diverses possibilités peuvent s'additionner) :					
7604	632553	632564	nouvelle double gaine en cuir.....	T	73,8
7605	632575	632586	fût interne en matière plastique.....	T	149,78
7606	632590	632601	fût externe en bois ou duralumin ou matière plastique	T	300,4
7607	632612	632623	nouveau cuissard en cuir ou en matière plastique.....	T	250,3
7608	632634	632645	nouveaux montants.....	T	174,9
7609	632656	632660	rétrécir le cuissard cuir.....	T	80,45
7610	632671	632682	recalibrage d'un fût par liège.....	T	45,2
7611	632693	632704	recalibrage d'un fût par matière plastique.....	T	54,87

Au maximum 3 recalibrages par liège ou matière plastique pour le 1er fût supplémentaire et 2 pour le 2ème fût.

f) Chaussure orthopédique sur mesure, orthèse comprise même si elle doit être fixée dans la chaussure ou chaussure orthopédique intérieure à porter dans une chaussure de confection, par pièce :

(pour chaque prestation, le § 7, a), précise les cas dans lesquels elle peut être fournie et le § 7, c), donne la description des caractéristiques à respecter)

CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES

Bénéficiaire
- 18 ans

7654	632811	632822	- Chaussure basse pour le second pied, sur forme individuelle.....	T	111,46	T	123,82
7655	632833	632844	- Chaussure haute pour le second pied, sur forme individuelle.....	T	121,41	T	134,91
7656	632855	632866	- Chaussure basse pour le second pied, correspondant à la prestation 632936 - 632940.....	T	170,43	T	148,34
7657	632870	632881	- Chaussure haute pour le second pied, correspondant à la prestation 632951 - 632962.....	T	183,25	T	164,58
7658	632892	632903	- Chaussure basse pour le second pied, correspondant à la prestation 632973 - 632984.....	T	215,62	T	198,22
7659	632914	632925	- Chaussure haute pour le second pied, correspondant à la prestation 632995 - 633006.....	T	238,95	T	216,03
7660	632936	632940	- Chaussure basse.....	T	210,05	T	184,26
7661	632951	632962	- Chaussure haute.....	T	213,90	T	198,62
7662	632973	632984	- Chaussure basse.....	T	259,96	T	245,08
7663	632995	633006	- Chaussure haute.....	T	284,51	T	263,87

7664	633010	633021	- Chaussure haute pour blocage partiel.....	T 347,57	T 326,81
7665	633032	633043	- Chaussure haute pour blocage complet.....	T 373,98	T 350,81
Chaussure basse, haute ou botte avec prothèse partielle ou orthèse en cas de partie de pied manquante ou de déformation extrême :					
7666	633113	633124	-	T 369,63	T 344,83
7667	633135	633146	-	T 429,28	T 411,04
7668	633150	633161	-	T 449,89	T 439,60
7669	633172	633183	-	T 478,51	T 465,51
7670	633194	633205	-	T 455,62	T 444,90

CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES INTERIEURES

Chaussure intérieure pour inégalité de longueur des membres inférieurs :

7671	633312	633323	- De 3 cm au moins.....	T 246,93	T 218,55
7672	633334	633345	- De 5 à 8 cm.....	T 295,69	T 259,83
7673	633356	633360	- De plus de 8 cm.....	T 359,19	T 330,20

Chaussure intérieure :

7674	633415	633426	- Pour blocage partiel.....	T 339,60	T 308,48
7675	633430	633441	- Pour blocage complet.....	T 365,38	T 337,07

Chaussure intérieure en cas de partie de pied manquante ou de déformation extrême :

7676	633511	633522	-	T 362,52	T 332,51
7677	633533	633544	-	T 373,05	T 344,09
7678	633555	633566	-	T 393,63	T 367,32
7679	633570	633581	-	T 414,46	T 392,15
7680	633592	633603	-	T 396,22	T 369,97

SUPPLEMENTS A DES CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES, A L'EXCLUSION DE CHAUSSURES INTERIEURES ORTHOPEDIQUES :

Compensation pour différence de longueur des membres inférieurs ou pour pied équin ou talus irréductible, faisant partie intégrante de l'orthèse et/ou de la chaussure, pour les prestations 632855 - 632866, 632870 - 632881, 632892 - 632903, 632914 - 632925, 632936 - 632940, 632951 - 632962, 632973 - 632984, 632995 - 633006, 633010 - 633021, 633032 - 633043, 633113 - 633124, 633135 - 633146, 633150 - 633161, 633172 - 633183, 633194 - 633205 :

a) Segment antérieur, dont la hauteur est mesurée en-dessous de la tête du 3ème métatarsien, une compensation inférieure à 2 cm n'étant jamais portée en compte ; en cas de compensation de 2 cm et plus, le premier cm ne peut être porté en compte.

logie, en chirurgie générale ou en pédiatrie, à l'exception du lombostat en coutil et métal qui peut être prescrit par tout médecin.

La prestation 621810 - 621821 n'est remboursée que s'il est établi que le bénéficiaire présente une diastase prononcée des muscles grands droits.

La réparation et l'entretien des prestations susvisées ainsi que le gant en matière plastique, type standard, les gaines de protection du moignon et les bonnettes de laine peuvent être fournies sans prescription médicale.

§ 3. Les différents segments et articulations repris dans la nomenclature pour l'appareillage orthopédique et de nuit du membre inférieur doivent s'entendre de la façon suivante :

Segment-pied : étrier rivé ou boftier rond ou étrier extérieur ou semelle en métal, cuir ou matière plastique.

Segment-semelle : s'ajoute au segment-pied lorsqu'il y a une sandale modelée, et armée.

Segment-étrier plat amovible : s'ajoute au segment-pied quand l'étrier est amovible, soit à la cheville, soit dans le boftier plat.

Segment-amortisseur télescopique : s'ajoute au segment-pied quand le montant est muni d'un amortisseur télescopique.

Segment-cheville : du cou-de-pied à la racine du mollet ou mi-mollet. Ce segment n'est pris en considération que s'il constitue la partie la plus proximale de l'appareil ; dans les autres cas il se confond avec le segment-jambe.

Segment-jambe : des malléoles jusqu'au genou.

Segment-cuisse : du genou au haut de la cuisse.

Segment-pelvien : bande rigide pelvienne de 2,5 cm de largeur minimum ou attache pelvienne permettant de fixer 1 ou 2 appareils cruro- ou ischio-pédieus munis d'articulation à la hanche sur un corset orthopédique type 621051 - 621062, 621073 - 621084, 621110 - 621121, 621213 - 621224.

Segment-bassin : segment prenant tout le bassin et remontant au maximum en dessous des omoplates.

Segment-thorax : s'ajoute au segment-bassin quand la ceinture remonte jusqu'au sternum.

Articulation de la cheville : au niveau des malléoles ou dans le talon de la chaussure.

Articulation du genou : au niveau du genou.

Articulation de la hanche : 3 possibilités distinctes nécessitant chacune une articulation chaque fois tarifée sous le même numéro.

a) flexion, extension,

b) abduction, adduction,

c) réglage du pas.

- supplément pour secteur : système permettant le réglage progressif des mouvements de l'articulation.
- supplément pour tendeur : tendeur postérieur permettant le réglage progressif des mouvements de l'articulation.
- supplément pour quadriceps artificiel : anneau antérieur avec système d'élastique freinant le genou.

§ 4. Le renouvellement des prothèses et appareils orthopédiques du tronc et des membres inférieurs et supérieurs ne peut se faire qu'après un délai de :

a) un an pour les enfants dont l'appareil précédent a été fourni avant le 14^{ème} anniversaire ;

b) deux ans pour les adolescents dont l'appareil précédent a été fourni avant leur 18^{ème} anniversaire ;

c) trois ans pour les adolescents dont l'appareil précédent a été fourni avant leur 21^{ème} anniversaire ;

d) cinq ans pour les appareils fournis après leur 21^{ème} anniversaire, excepté pour les prestations n° 620056 - 620060, 620071 - 620082, 620093 - 620104, 620211 - 620222 et 625612 - 625623 où le délai est ramené à deux ans, 626710 - 626721 et 625030 - 625041 où le délai est ramené à un an, et 621810 - 621821 où le délai est ramené à quatre ans.

e) quatre ans pour les lombostats en coutil et métal (620616 - 620620, 620631 - 620642, 620653 - 620664, 620675 - 620686, 620690 - 620701) fournis après leur seizième anniversaire.

§ 5. Toutefois, pour le lombostat en coutil et métal (620616 - 620620, 620631 - 620642, 620653 - 620664, 620675 - 620686, 620690 - 620701), le délai de renouvellement est ramené à :

a) six mois pour les enfants n'ayant pas atteint leur deuxième anniversaire au moment du renouvellement ;

b) douze mois pour les enfants n'ayant pas atteint leur seizième anniversaire au moment du renouvellement.

Le prix fixé pour le lombostat en coutil et métal comprend la garantie d'un an sur la qualité, mais non les frais pour réparation, entretien et adaptation pendant cette année.

Quatre gaines de protection du moignon et bonnettes de laine peuvent être remboursées annuellement.

§ 6. L'intervention annuelle pour réparation ou entretien d'une prothèse ou d'un appareil orthopédique du tronc ou d'un membre supérieur ou inférieur est due pour autant que le bénéficiaire ait dépassé son vingt-et-unième anniversaire au moment où il doit faire procéder à la réparation ou à l'entretien.

Cette intervention exclut le remboursement d'un nouvel appareil orthopédique ou d'une nouvelle prothèse identique pendant une période de six mois.

L'intervention pour deux ou plusieurs années ne peut être cumulée.

La durée d'un an se calcule à partir de la date de la fourniture.

§ 7. a) Le remboursement des chaussures orthopédiques ou des chaussures orthopédiques intérieures n'est prévu que pour les lésions et affections reprises sur la liste qui suit et pour autant que la déformation morphologique, la perte de fonction et/ou les troubles de stabilité, ne puissent être traités au moyen de chaussures de confection ordinaires ou spéciales avec ou sans adaptation ou au moyen de semelles orthopédiques, mais nécessitent des chaussures orthopédiques ou des chaussures intérieures sur mesure pour assurer les fonctions de la marche et la statique du patient.

Toutefois, les lésions doivent être de nature définitive ou d'une durée probable au moins égale au délai de renouvellement.

Ces lésions et affections sont spécifiées comme suit :

1. - Hallux varus irréductible (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881).
2. - Macrodactylie importante déformant le pied (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881).
3. - Hexa ou heptadactylie (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881).
4. - Hallux rigidus avec blocage total de la flexion dorsale de l'articulation métatarsophalangienne (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881).
5. - Hallux rigidus avec blocage total de la flexion dorsale métatarsophalangienne et avec valgus ou varus du calcaneum (632973 - 632984 ou 632892 - 632903 ou 632995 - 633006 ou 632914 - 632925).
6. - Hallux extensus irréductible (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881).
7. - Hallux valgus irréductible avec chevauchement en-dessous ou au-dessus des autres orteils qui sont en adduction, abduction ou en griffe (632973 - 632984 ou 632892 - 632903 ou 632995 - 633006 ou 632914 - 632925).
8. - Métatarsus adductus irréductible (pied en faucille) (632973 - 632984 ou 632892 - 632903 ou 632995 - 633006 ou 632914 - 632925).
9. - Pied plat irréductible (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881).

L'affaissement de la voûte du pied est complet, l'empreinte en charge montre un 3ème degré (le bord interne de la surface d'appui est convexe).

10. - Pied plat valgus irréductible (632973 - 632984 ou 632892 - 632903 ou 632995 - 633006 ou 632914 - 632925).

L'affaissement de la voûte du pied est complet, l'empreinte en charge montre un 3ème degré (le bord interne de la surface d'appui est convexe).

11. - Pied creux avec orteils en griffe, dont l'empreinte en charge marque des zones d'appui séparées du talon et de l'avant-pied (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881).

12. - Pied creux valgus avec orteils en griffe dont l'empreinte en charge marque des zones d'appui séparées du talon et de l'avant-pied (632973 - 632984 ou 632892 - 632903 ou 632995 - 633006 ou 632914 - 632925).

13. - Pied équin valgus avec équinième fixé de 2 cm au moins et valgus prononcé (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881 ou 633312 - 633323).

14. - Pied équin valgus avec équinième fixé de 5 cm au moins et valgus prononcé et dont la ligne de gravité de la jambe tombe en dehors de la surface d'appui du pied (632995 - 633006 ou 632914 - 632925).

15. - Pied talus valgus fixé avec valgus en pronation et en flexion dorsale de 2 cm au moins en-dessous de la tête du troisième métatarsien (632995 - 633006 ou 632914 - 632925).

16. - Pied talus valgus fixé avec valgus en pronation dont la ligne de gravité de la jambe tombe derrière le talon (633194 - 633205).

17. - Pied équin avec équinième fixé de 5 cm au moins (633113 - 633124 ou 633511 - 633522).

18. - Pied équin avec équinième fixé, et dont la ligne de gravité de la jambe passe à travers ou devant l'articulation métatarsophalangienne (633194 - 633205 ou 633592 - 633603).

19. - Pied varus fixé avec supination de 1 cm au moins et adduction de l'avant-pied, l'axe longitudinal du pied passant par la tête du 4ème ou du 5ème métatarsien (632973 - 632984 ou 632892 - 632903 ou 632995 - 633006 ou 632914 - 632925).

20. - Pied varus fixé dont la ligne de gravité de la jambe tombe en dehors de la surface d'appui du pied (633010 - 633021).

21. - Pied varus fixé avec appui sur la malléole externe (633194 - 633205).

22. - Pied varoéquin congénital non fixé, après traitement orthopédique chez l'enfant en-dessous de 18 ans (632995 - 633006 ou 632914 - 632925).

23. - Pied varoéquin fixé (632995 - 633006 ou 632914 - 632925).

24. - Pied varoéquin fixé avec équinième de 3 cm au moins, l'axe longitudinal du pied passant en dehors de la tête du 5ème métatarsien (633010 - 633021).

25. - Pied varoéquin fixé avec équinième de 5 cm au moins, dont la ligne de gravité de la jambe tombe en dehors de la surface d'appui du pied (633194 - 633205).

26. - Pied talus varus fixé (632995 - 633006 ou 632914 - 632925).

27. - Pied talus varus fixé en flexion dorsale de 2 cm au moins en-dessous de la tête du 3ème métatarsien, la ligne de gravité de la jambe passant par le bord postérieur du talon (633010 - 633021).

28. - Pied talus varus fixé en flexion dorsale de 5 cm au moins en-dessous de la tête du 3ème métatarsien, la ligne de gravité de la jambe passant en dehors de la surface d'appui du talon (633194 - 633205).

Inégalité de longueur des membres inférieurs de 3 cm au moins mesurée en station debout sous le point d'appui du calcaneum :

29. - De 3 cm au moins (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881 ou 633312 - 633323).

30. - De 5 à 8 cm (632973 - 632984 ou 632892 - 632903 ou 632995 - 633006 ou 632914 - 632925 ou 633334 - 633345).

31. - De plus de 8 cm (632995 - 633006 ou 632914 - 632925 ou 633356 - 633360).

Amputations ou absences congénitales de parties de pied :

32. - Amputation ou absence de 3 ou 4 orteils à l'exclusion du gros orteil (633113 - 633124 ou 633511 - 633522).

33. - Amputation du gros orteil avec ou sans amputation d'autres orteils (633135 - 633146 ou 633533 - 633544).

34. - Ectrodactylie avec au moins un métatarsien manquant (633113 - 633124 ou 633511 - 633522).

35. - Amputation de l'avant-pied jusque dans le métatarse ou l'articulation de Lisfranc (633135 - 633146 ou 633533 - 633544).

36. - Amputation jusque et y compris les cunéiformes et le cuboïde (Bono-Jäger) ou jusque l'articulation de Chopart (633150 - 633161 ou 633555 - 633566).

37. - Amputation de Pirogoff (633172 - 633183 ou 633570 - 633581).

38. - Résection partielle du calcaneum rendant indispensable le rétablissement de la longueur du segment postérieur du pied (633010 - 633021 ou 633415 - 633426).

39. - Résection partielle du calcaneum comprenant la surface d'appui (633032 - 633043 ou 633430 - 633441).

40. - Résection ou absence d'un ou plusieurs métatarsiens autres que le 1er métatarsien (633113 - 633124 ou 633511 - 633522).

41. - Résection ou absence d'au moins le premier métatarsien (633135 - 633146 ou 633533 - 633544).

42. - Différence de longueur entre les deux pieds de 1/7 au moins du pied le plus long (633113 - 633124 ou 633511 - 633522).

Paralysie définitive des muscles de la jambe exigeant un blocage du pied :

43. - des muscles de flexion dorsale avec position en varus ou valgus acquise (633010 - 633021 ou 633415 - 633426).

44. - des muscles de flexion plantaire (633032 - 633043 ou 633430 - 633441).

45. - des muscles de flexion dorsale et plantaire (633032 - 633043 ou 633430 - 633441).

46. - Lésion des articulations tibiotarsiennes ou tarsiennes ou pseudarthrose nécessitant le blocage de la flexion plantaire ou dorsale (633010 - 633021 ou 633415 - 633426).

47. - Lésion des articulations tibiotarsiennes ou tarsiennes ou pseudarthrose nécessitant le blocage complet du pied (633032 - 633043 ou 633430 - 633441).

48. - Port d'un appareil orthopédique à placer à l'intérieur de la chaussure ne permettant pas l'utilisation d'une chaussure de confection à l'exclusion des appareils releveurs du pied sans segment semelle et des chaussures intérieures (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881).

49. - Eléphantiasis : lymphoedème irréversible avec épaissement cutané à l'exclusion de toutes les autres formes de phléboedème ou d'oedème (632936 - 632940 ou 632855 - 632866 ou 632951 - 632962 ou 632870 - 632881)

Le contour du pied par rapport à sa longueur dépasse le chiffre 12 pour les hommes et 10 pour les femmes.

Ce rapport est calculé selon la formule suivante : deux fois la mesure en cm., du contour allant de la tête du méta 1 à la tête du méta 5 dont on soustrait une fois et demie la longueur du pied, en cm.

50. - Osteogenesis imperfecta (633010 - 633021 ou 633032 - 633043 ou 633415 - 633426 ou 633430 - 633441).

51. - Fabrication d'une chaussure sur mesure pour le second pied lorsque seul l'autre pied satisfait aux critères prévus au § 7 a) (632811 - 632822 ou 632833 - 632844).

b) Les lésions et affections reprises dans la liste non limitative qui suit ne donnent pas lieu au remboursement des chaussures orthopédiques ou des chaussures orthopédiques intérieures.

Pour ces cas, qui peuvent être traités au moyen d'applications orthopédiques à des chaussures de confection ordinaires ou à des chaussures de confection spécialement conçues pour ces applications, seules les semelles orthopédiques éventuellement prescrites sont remboursables.

- Hallux varus réductible.
- Quintus abductus.
- Orteils en marteau et/ou orteils en griffe.
- Hallux flexus.
- Hallux rigidus sans blocage total de la flexion dorsale de l'articulation métatarsophalangienne.
- Hallux rigidus postopératoire nécessitant une rééducation.

- Hallux extensus réductible.
- Pes pronatus.
- Hallux valgus : autres cas que ceux repris au § 7, a).
- Avant-pied plat, métatarsalgies, lésions diverses des articulations métatarsophalangiennes.
- Pied plat ou pied plat valgus : autres cas que ceux repris au § 7, a).
- Pied creux, pied creux valgus : autres cas que ceux repris au § 7, a).
- Pied équin valgus fixé avec équinisme de moins de 2 cm.
- Pied talus valgus avec flexion dorsale de moins de 2 cm en-dessous des têtes métatarsiennes.
- Epines calcanéennes.
- Maladie de Haglund.
- Inégalité de longueur des membres inférieurs de moins de 3 cm mesurée en station debout sous le point d'appui du calcaneum.
- Amputation de 1 ou 2 des orteils II, III, IV et V.
- Pied ballant sans varus ou valgus acquis.

c) Critères de fabrication et de matériaux pour les accessoires orthopédiques sous forme de chaussures et applications.

I. But.

Le but essentiel des chaussures orthopédiques et des chaussures intérieures est de promouvoir les fonctions de la marche et de la statique et éventuellement la correction dans le cadre du plan thérapeutique prévu par le médecin.

De plus, dans la mesure du possible, l'habillement esthétique du pied et éventuellement de la jambe est réalisé.

II. La confection.

A. Dispositions générales.

Les chaussures orthopédiques sont confectionnées selon les règles de l'art. Les chaussures orthopédiques et les chaussures intérieures sont confectionnées sur des formes et avec des orthèses individuelles selon les données de la prescription médicale et de la prise de mesure orthopédique.

Le choix et la préparation des matériaux se fait de sorte que les effets de la transpiration généralement prononcée des pieds handicapés soient limités dans la mesure du possible.

Les matériaux employés ont un poids spécifique réduit afin d'obtenir une chaussure aussi légère que possible.

Le montage cloué de la tige sur la semelle première n'est pas accepté.

B. Dispositions particulières aux catégories de chaussures figurant dans la nomenclature :

632811 - 632822 - Chaussure basse sur mesure pour le second pied, avec si nécessaire une orthèse amovible, lorsque seul l'autre pied satisfait aux critères prévus au § 7, a).

Elle est munie d'applications orthopédiques sous forme de semelle-orthèse, barre de déroulement, raidissement de segment, adaptation du talon, compensation de hauteur, etc..., en vue de traiter la lésion du second pied et d'assurer, conjointement avec l'autre chaussure, les fonctions de la marche.

Au point de vue modèle et système d'assemblage, elle est assortie à l'autre chaussure.

632833 - 632844 - Chaussure haute sur mesure pour le second pied, avec si nécessaire une orthèse amovible, lorsque seul l'autre pied satisfait aux critères prévus au § 7, a).

Elle est munie d'applications orthopédiques sous forme de semelle-orthèse, barre de déroulement, raidissement de segment, adaptation au talon, compensation de hauteur, etc..., en vue de traiter la lésion du second pied et d'assurer, conjointement avec l'autre chaussure, les fonctions de la marche. Au point de vue modèle et système d'assemblage, elle est assortie à l'autre chaussure.

632855 - 632866 - Chaussure basse sur mesure pour le second pied, répondant au critère 632936 - 632940 lorsque l'autre pied satisfait à un des critères prévus au § 7, a).

632870 - 632881 - Chaussure haute sur mesure pour le second pied, répondant au critère 632951 - 632962 lorsque l'autre pied satisfait à un des critères prévus au § 7, a).

632892 - 632903 - Chaussure basse sur mesure pour le second pied, répondant au critère 632973 - 632984 lorsque l'autre pied satisfait à un des critères prévus au § 7, a).

632914 - 632925 - Chaussure haute sur mesure pour le second pied, répondant au critère 632995 - 633006 lorsque l'autre pied satisfait à un des critères prévus au § 7, a).

632936 - 632940 - Chaussure basse sur mesure avec, si nécessaire, une orthèse amovible.

632951 - 632962 - Chaussure haute sur mesure avec, si nécessaire, une orthèse amovible.

632973 - 632984 - Chaussure basse sur mesure avec orthèse amovible raidie et munie d'une barre de déroulement, avec épéronnements éventuels.

632995 - 633006 - Chaussure haute sur mesure avec orthèse amovible raidie et munie d'une barre de déroulement, avec épéronnements éventuels.

633010 - 633021 - Chaussure haute ou botte avec dispositif pour blocage partiel par lequel il faut entendre un contrefort antérieur ou postérieur suffisamment rigide en caoutchouc cellulaire, matière plastique ou similaire moulé et monté sur la doublure. La tige est faite en deux pièces, c'est-à-dire doublure et dessus montés séparément.

Le contrefort part de la cambrure, dépasse le tiers de la jambe et est combiné à une orthèse adaptée.

633032 - 633043 - Chaussure haute ou botte avec dispositif de blocage complet des articulations tibiotarsienne et sous-as-tragaliennne par lequel il faut entendre un contrefort postérieur raide monté sur la doublure ou une coquille en matière synthétique légère, partant de la cambrure et montant jusqu'aux deux-tiers de la jambe, pour assurer le blocage plantaire. Un renfort antérieur raidi, monté sur la doublure, assure le blocage dorsal.

Ce dispositif de blocage est combiné à une orthèse qui assure le déroulement du pas.

633113 - 633124 - La chaussure pour amputation de l'avant-pied avec maintien des têtes métatarsiennes comporte une orthèse qui assure la compensation des parties manquantes.

Cette orthèse comporte une barre de déroulement.

Un raidissement de l'avant-pied à effet ressort est assuré soit par l'orthèse, soit par la chaussure.

633135 - 633146 - La chaussure haute pour moignon métatarsien ou moignon Lisfranc est munie d'une orthèse comportant la compensation nécessaire qui évite le contact douloureux avec le moignon.

Un raidissement de l'avant-pied à effet ressort est assuré soit par l'orthèse, soit par la chaussure.

La cambrure et la partie talonnière sont raidies fermement. Le déroulement du pas est assuré.

633150 - 633161 - Botte pour moignon Bono-Jäger et Chopart faite avec une compensation d'avant-pied évitant le contact douloureux avec le moignon et avec dispositif et/ou assise profonde pour maintenir le talon à sa place.

Une coquille de blocage solide et raide remplace le bras amputé du levier.

Pour le reste, la botte est faite comme pour un blocage complet avec un avant-pied à ressort ou charnière.

633172 - 633183 - La botte pour moignon Pirogoff est faite avec un pied artificiel, avec jambe jusqu'au mollet, dans un matériau aussi léger que possible, et pourvu d'un fourreau confectionné selon la forme individuelle du moignon et évitant le contact douloureux avec celui-ci ; le moignon est saisi conformément à la ligne de gravité de la jambe.

Pour le reste, la botte est faite comme pour un blocage complet avec un avant-pied à ressort ou charnière.

633194 - 633205 - Chaussure haute ou botte sur mesure avec orthèse amovible, construite pour les cas prévus au § 7, a), sous les n°s 16, 18, 21, 25 et 28.

633312 - 633323 - La chaussure intérieure pour inégalité de longueur des membres inférieurs de moins de 5 cm est faite sur une forme individuelle avec compensation de hauteur, un contrefort et une tige sans bout.

Raidissement ferme de la partie portante du pied.

Raidissement de l'avant-pied à effet ressort.

La fermeture éventuelle se fait au moyen de lacets, élastique, bandes adhésives, tirettes ou brides.

633334 - 633345 - La chaussure intérieure pour inégalité de longueur des membres inférieurs de 5 à 8 cm est faite sur forme individuelle avec une compensation de hauteur en mousse de résine dure ou matière similaire, conformément au modèle de la chaussure de confection en marquant le creux du tendon d'Achille.

Le faux bout, compensant l'inégalité fonctionnelle de longueur du pied, fait corps avec la compensation de hauteur.

Le semelage est raidi sur toute la longueur du pied et du faux bout au moyen de produits durcisseurs.

La tige est moulée et faite avec une doublure anti-transpiration.

Fermeture couverte ou non.

Barre de déroulement à appliquer à la chaussure de confection.

633356 - 633360 - La chaussure intérieure pour inégalité de longueur des membres inférieurs de plus de 8 cm est faite comme le type de chaussure intérieure 632973 - 632984 mais avec une tige montant au minimum jusqu'aux deux-tiers de la jambe et une languette moulée. La compensation de l'avant-pied est plus importante pour approcher au maximum la longueur fonctionnelle de l'autre pied. La barre de déroulement est à appliquer à la chaussure de confection.

633415 - 633426 - La chaussure intérieure pour blocage partiel est faite sur forme avec jambe, elle comprend une coquille raidie en matières synthétiques, montant au minimum jusqu'aux deux-tiers de la jambe qui est travaillée et fixée sur la doublure recouverte de cuir à dessus. Raidissement complémentaire du semelage de la coquille. Fermeture couverte ou non. Barre de déroulement à appliquer à la chaussure de confection.

633430 - 633441 - Une chaussure intérieure pour blocage complet est confectionnée sur forme avec jambe ; elle comprend une coquille raide en matières synthétiques montant au minimum jusqu'aux deux-tiers de la jambe qui est travaillée et fixée sur la doublure et recouverte de cuir à dessus.

Raidissement complémentaire du semelage de la coquille.

Renfort antérieur moulé et raidi.

Fermeture couverte ou non.

Barre de déroulement à appliquer à la chaussure de confection.

633511 - 633522 - La chaussure intérieure pour amputation de l'avant-pied avec maintien des têtes métatarsiennes comporte une orthèse dont fait partie le bout compensant l'inégalité de longueur du pied.

Le semelage est raidi sur toute la longueur, y compris le faux bout, au moyen de produits durcisseurs, et ce conformément aux exigences du déroulement du pas et à la forme de la première chaussure de confection.

Barre de déroulement à appliquer à la chaussure de confection.

633533 - 633544 - La chaussure intérieure pour moignon métatarsien ou moignon Lisfranc comporte une orthèse assurant la compensation nécessaire de l'avant-pied avec un raidissement ferme de la partie postérieure et un raidissement à effet ressort de la partie antérieure. L'orthèse fait corps ou non - selon la technique utilisée - avec la gaine du moignon en matériaux synthétiques (genre Zellvulkollan), montée sur une doublure appropriée et garnie ou non de capitonnage.

Raidissement complet du semelage galbé conformément à la première de la chaussure de confection.

La tige assure l'aération du moignon ; sa hauteur est fonction du degré de blocage de l'articulation tibiotarsienne.

Barre de déroulement à appliquer à la chaussure de confection.

633555 - 633566 - La chaussure intérieure pour moignon Bono-Jäger ou Chopart est faite de la même façon que pour le moignon Lisfranc. Elle comprendra en plus un dispositif pour assurer, dans la mesure du possible, la flexion dorsale du moignon et une languette ou coquille rigide moulée sur l'avant-jambe dont la hauteur est fonction du degré de raidissement du moignon.

633570 - 633581 - La botte intérieure pour moignon Pirogoff comporte un pied artificiel avec une compensation pour le raccourcissement. Le pied artificiel dans lequel le moignon est incorporé, est saisi dans une coquille en matériaux synthétiques remontant jusqu'en-dessous du genou.

La compensation pour l'avant-pied est à effet ressort, galbée conformément à la première de la chaussure de confection.

L'aération du moignon est assurée. La coquille couvrant le devant de la jambe est maintenue postérieurement. Barre de déroulement à appliquer à la chaussure de confection.

633592 - 633603 - La chaussure intérieure pour pied équin avec plus de 5 cm d'équinisme - la ligne de gravité de la jambe passant à travers ou devant l'articulation métatarso-phalangienne - est faite comme la chaussure intérieure pour une amputation Chopart complétée tant d'un segment de support antérieur que d'un segment de support en-dessous du talon du pied.

ORTHESE

Par orthèse, on entend la pièce de liaison entre le pied et la première de la chaussure. Partie intégrante de la chaussure, elle a pour but d'améliorer les amplitudes des articulations, de répartir et d'utiliser de façon optimale la force de gravité et la pression du sol, en vue d'améliorer le déroulement du pas, de décharger les endroits de pression, de corriger certaines déformations, et de compenser une inégalité peu importante de la longueur des membres inférieurs. Elle est toujours amovible.

III. Matériaux.

A. Matériaux pour dessus.

1. Cuir à dessus : Le cuir à dessus est du veau ou du chevreau ou de la bande de premier choix dans les coloris courants, selon les exigences du cas du point de vue orthopédique et utilitaire.

2. Doublure : La doublure doit être choisie dans les matériaux suivants combinés ou pas :

- veau naturel, chevrete (tannage végétal ou minéral) ;
- bande ou collet préparé spécialement comme doublure pour des chaussures intérieures ;
- matériaux synthétiques poreux de qualité équivalente aux cuirs de doublure susmentionnés ;
- coutil, uniquement pour l'empeigne, pour autant que celle-ci ne comporte pas de raidissement ;
- la semelle intérieure, dans les cas où il n'y a pas d'orthèse, est en peausserie à l'exclusion de basane.

3. Matériaux d'appareillage :

- contreforts et bouts durs : en collet ou matériaux synthétiques de qualité équivalente ;
- raidissements : en cuir, matériaux synthétiques armés ou non, métal ou matériau équivalent ;
- dispositif de rappel, de blocage ou de sustentation : en cuir, caoutchouc cellulaire, matériaux synthétiques armés ou non ou métal ;
- orthèses : en combinaison de matériaux divers, métal, liège, caoutchouc cellulaire, caoutchouc mousse, matériaux synthétiques armés ou non : elles sont habillées d'une peausserie à tannage végétal. Toutes les précautions sont prises pour empêcher la déformation de l'orthèse par la transpiration ;
- compensations : en matériaux légers et fermes notamment résines synthétiques, liège, balza.

B. Semelage.

1. La semelle de marche est en cuir de croupon, caoutchouc cellulaire ou consiste en une semelle profilée de qualité au moins équivalente appropriée à la pathologie et à l'usage pratique.

2. La cambrure est raidie et indéformable.

3. La semelle première est en cuir de collet ou de croupon souple de tannage végétal, dont la fleur est enlevée complètement ou en matériaux synthétiques équivalents.

4. Le talon est le plus léger possible, notamment en cuir (hommes), en bois recouvert de cuir (dames), en caoutchouc cellulaire. Le bonbout est résistant à l'usure, il peut être profilé ou comprendre un coin en caoutchouc.

5. Le semelage de la chaussure intérieure est raidi et indéformable.

CRITERES DE FABRICATION POUR DES DISPOSITIFS DE RAPPEL A METTRE A L'INTERIEUR OU A L'EXTERIEUR OU A INCORPORER DANS UNE CHAUSSURE DE CONFECTION EN CAS DE PARALYSIE TOTALE OU PARTIELLE DES MUSCLES DE FLEXION DORSALE DU PIED (DROFFOOT)

635110 - 635121 - Ressort en métal ou en matières synthétiques, le ressort est un double levier dont le bras vertical est incorporé dans une gaine et remonte entre le tiers et la moitié de la jambe. Le bras horizontal est incorporé dans le semelage.

635132 - 635143 - Languette en métal ou en matières synthétiques. La languette est un double levier, dont le bras horizontal couvre l'avant-pied, et le bras vertical le bas de la jambe.

Pour les dispositifs 635110 - 635121 et 635132 - 635143 un talon à effet amortisseur freine le rabattement du pied et évite la cassure du ressort métallique.

635154 - 635165 - Corset malléolaire moulé en cuir ou matériaux synthétiques. Il est moulé sur forme, de sorte que le bras horizontal soit raide et le bras vertical à effet ressort. Partant des têtes métatarsiennes, il remonte au moins jusqu'au-dessus des malléoles. Un talon à effet amortisseur et une barre de déroulement à la chaussure facilitent le déroulement du pas.

635176 - 635180 - Corset malléolaire à bandes élastiques. Ce releveur est une combinaison d'une gaine malléolaire en peausserie ou en tissu renforcé de cuir et de bandes en cuir et élastiques très solides. La semelle est rigide ; le corset malléolaire est maintenu droit par une baleine. Les bandes élastiques se croisent sur l'avant-pied et relient sous tension le bord supérieur du corset malléolaire au semelage. La tension doit être réglable.

d) le renouvellement des chaussures orthopédiques, des chaussures intérieures et des prestations 635110 - 635121, 635132 - 635143, 635154 - 635165 et 635176 - 635180 ne peut se faire qu'après un délai de deux ans suivant la date de la fourniture antérieure; toutefois, ce délai est ramené à un an pour les bénéficiaires dont la dernière fourniture a été exécutée avant leur dix-huitième anniversaire.

§ 7bis. Pour les prestations 632811 - 632822, 632833 - 632844, 632855 - 632866, 632870 - 632881, 632892 - 632903, 632914 - 632925, 632936 - 632940, 632951 - 632962, 632973 - 632984, 632995 - 633006, 633010 - 633021, 633032 - 633043, 633113 - 633124, 633135 - 633146, 633150 - 633161, 633172 - 633183, 633194 - 633205, 633312 - 633323, 633334 - 633345, 633356 - 633360, 633415 - 633426, 633430 - 633441, 633511 - 633522, 633533 - 633544, 633555 - 633566, 633570 - 633581, 633592 - 633603, l'intervention de l'assurance n'est due que s'il y a accord du médecin-conseil. La prescription médicale est remise par le bénéficiaire au dispensateur agréé de son choix. Cette prescription mentionne la date de début, la nature et l'importance des troubles fonctionnels et anatomiques justifiant les prestations prescrites.

Avant la fourniture des chaussures orthopédiques prescrites, le dispensateur agréé soumet au médecin-conseil, conjointement avec la prescription médicale, une proposition conforme au modèle approuvé par le Comité de gestion du Service des soins de santé, justifiant la réalisation technique de la prescription médicale. Cette proposition comporte outre des données permettant l'identification de l'intéressé et du dispensateur, une description précise des prestations demandées ainsi que les numéros d'ordre des prestations. Pour les cas repris au § 7, a) sous les n^{os} 9, 10, 11 et 12 l'empreinte prise en charge est ajoutée à la demande.

Sur base des documents précités qui auront été complétés, si nécessaire, par les renseignements complémentaires ou sur la base de l'examen corporel de l'intéressé, le médecin-conseil notifie sa décision au prestataire et, en cas de refus, il notifie également sa décision au bénéficiaire.

Lorsqu'il s'agit d'une première demande, la décision du médecin-conseil est toujours prise en fonction d'un examen corporel de l'intéressé.

Il en est de même pour la première demande de renouvellement introduite après l'entrée en vigueur du présent arrêté lorsque la chaussure précédente a été accordée avant l'entrée en vigueur de celui-ci.

§ 8. Les semelles orthopédiques sont remboursées lorsqu'elles sont nécessaires au traitement orthopédique du pied, et à condition qu'elles aient été prescrites par un médecin spécialiste en orthopédie, en médecine physique ou en physiothérapie, en rhumatologie, en chirurgie générale, en pédiatrie ou par tout médecin qui apporte la preuve de sa compétence en podologie.

Le renouvellement des semelles orthopédiques ne peut se faire qu'après un délai de deux ans suivant la date de la fourniture antérieure. Toutefois ce délai est ramené à un an pour les bénéficiaires dont la dernière fourniture a été exécutée avant leur 18^{ème} anniversaire.

Le prix des semelles orthopédiques comprend les corrections rendues nécessaires par les transformations anatomiques du pied pendant respectivement un ou deux ans suivant la date de fourniture selon qu'il s'agit d'un bénéficiaire n'ayant pas atteint son 18^{ème} anniversaire à ce moment ou d'un bénéficiaire ayant dépassé cet âge.

Par "semelles avec rebord" il faut comprendre les semelles qui empêchent le glissement latéral du pied ou du talon.

§ 9. Les bandes et autres matières plâtrées utilisées par l'appareilleur pour le moulage nécessaire à la confection définitive des appareils orthopédiques ou des prothèses sont portées en compte à l'assurance et remboursées en supplément de ces appareils ou prothèses, conformément au tarif de remboursement prévu pour ces bandes ou autres matières plâtrées dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

§ 10. Les interventions ne sont accordées que pour les appareils :

- essayés en cours de fabrication et appliqués à la fourniture ou
- adaptés et appliqués lors de la fourniture.

§ 11. Tarifications particulières :

- Orthèse du membre supérieur à fixer sur chaise roulante : tarifer uniquement le 622613 - 622624 et 622716 - 622720.

- Genouillère (série 62681... 62698...) : si la longueur de l'appareil est inférieure ou égale à 15 cm au-dessus et en dessous du genou, il y a lieu de compter seulement le 626813 - 626824 sans autre segment.

- Appareil de décharge de la hanche : la surélévation de la chaussure du côté sain est comprise dans le prix de l'appareil.

- Appareil bilatéral pour infirmes moteurs cérébraux, de type Phelps réglable en hauteur : au cas où il y a lieu d'adapter une articulation supplémentaire à la hanche ou au genou (secteur adduction, abduction, etc...) sans roulement à billes, il faut tarifer le 627314 - 627325, 627351 - 627362 ou 627911 - 627922.

- Appareil dérotateur de la hanche en ressort ou caoutchouc : prendre la série 62711... à 62740... mais ne pas tarifer le 627115 - 627126 tout appareil.

- Appareil écarteur de cuisse : lange de Freskja 6 tailles sont nécessaires; pour 6 pièces la tarification sera 630416 - 630420 + 630431 - 630442 + 630453 - 630464; toutefois, si les 6 appareils ne sont pas nécessaires, la facturation se fera par appareil au 6ème du prix. Appareil type Von Roosen ou Barlow, ne tarifer que le 630416 - 630420.

- Appareil remontant jusqu'à mi-cuisse (631610 - 631621 et 631632 - 631643) : dans le cas de raccourcissement très important et où l'appareillage doit enrober la cuisse, et est muni d'un pied artificiel, la tarification se fera dans la catégorie des prothèses du membre inférieur.

§ 12. 1° Les appareils et prothèses fonctionnels du membre supérieur actionnés par traction mécanique, les appareils et prothèses mus par énergie pneumatique ou électrique, peuvent faire l'objet d'une intervention dans le cadre de la rééducation après décision du Collège des médecins-directeurs, pour autant que l'appareil permette au bénéficiaire de poursuivre :

a) une activité professionnelle l'assujettissant à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou au statut social des travailleurs indépendants;

b) une rééducation professionnelle approuvée par le Collège des médecins-directeurs et dont le programme prévoit explicitement l'utilisation dudit appareil ;

c) l'enseignement primaire, moyen, supérieur, professionnel ou technique ; ces cours doivent être de jour et ne peuvent être limités à une partie de l'année ;

d) l'exécution d'un contrat d'apprentissage dont la conclusion est enregistrée et dont l'exécution est contrôlée par un secrétariat reconnu d'apprentissage.

2° La prescription médicale comportera une description détaillée des lésions anatomiques et des troubles fonctionnels, leur étiologie et leur date d'apparition et justifiera le type d'appareillage prescrit.

S'il ne s'agit pas d'un premier appareillage, la demande comportera également la description de l'appareil fourni précédemment et sa date de fourniture.

En ce qui concerne les prothèses myoélectroniques, la demande doit être accompagnée des résultats d'un essai d'utilisation.

3° Le Collège des médecins-directeurs fixe le montant de l'intervention sur base d'une description et d'un devis détaillés de l'appareil et de ses accessoires.

Les composantes de l'appareil prévues à la nomenclature des prestations de santé seront tarifées par référence à celle-ci.

§ 13. En cas d'amputation du 2ème membre inférieur, il y a lieu de prévoir la fourniture de deux nouvelles prothèses.

§ 14. Le liège ou la résine de compensation pour les appareils sert à compenser, soit un membre raccourci, soit un pied en équin, soit à équilibrer le membre sain si la différence est de plus de 2 cm en cas d'allongement du membre malade.

§ 15. En cas de dysmélie, les appareils doivent être assimilés aux prothèses du niveau correspondant même s'il existe une portion de membre.

§ 16. Critères minimums de fabrication :

I. APPAREILS ORTHOPEDIQUES ET PROTHESES :

Conditions générales :

a) tout appareil devra être conçu en tenant compte de l'état de santé, de l'âge et de la profession du malade.

b) tout appareil qui, par cause de malfaçon, négligence ou erreur de l'appareilleur, ne donnerait pas satisfaction devra être modifié jusqu'à parfaite application.

Tous les matériaux utilisés pour la fabrication des appareils d'orthopédie et de prothèses devront être de première qualité, ne présenter aucune défectuosité et n'avoir subi aucun traitement susceptible d'en dissimuler les défauts.

Conditions particulières :

1. LES MATERIAUX

a) Bois :

Tous les bois utilisés doivent être sains et parfaitement secs.

b) Caoutchouc :

Le caoutchouc utilisé est naturel ou synthétique.

Le caoutchouc à "cellules d'air" de forte résistance, dit caoutchouc mousse, obtenu par l'insufflation dans une masse de caoutchouc en fusion d'air sous pression, peut être utilisé pour les coussinets protecteurs, semelles de pieds artificiels, semelles orthopédiques, coussins de genou, protège-pantalons, etc.

Latex :

Les semelles dites "souples-latex" sont réalisées par moulage en formes appropriées d'une composition à base de kaolin, soufre, talc en poudre, factice de caoutchouc et latex; les parties ainsi moulées étant ensuite montées sur base en cuir souple et vulcanisées au four électrique. Le latex peut servir de matière de recouvrement, de contact, de pression, etc.

c) cuir :

Cuir à mouler : doit être de première qualité et à tannage lent et nourri.

Cuir à courroies : le plus recommandé est le cuir demi-dos-sot ou flanc nourri. Cependant, pour les courroies plus souples, on utilise du veau et pour les courroies de suspension et soumises à de fortes tractions, le cuir chromé et le cuir dit sellier.

Cuir de garnissage : les peaux chamoises doivent être traitées à l'huile. La peau de cheval ou de chèvre chromée convient pour le garnissage des cuissards et gaines d'appareils. La baysane et les peaux pécarisées remplissent également cet emploi.

Les cercles métalliques sont, suivant le cas, garnis de vachette, de flanc de peau de vache, veau, ou cuir synthétique.

Parchemin : peau de vache, de chèvre, de porc ou de mouton de grande résistance.

d) Fibre :

La fibre utilisée pour la fabrication de prothèse correspond à une composition chimique de coton gélatinisé dans le chlorure de zinc, puis lavé, calendré et vulcanisé.

La fibre de bois sert quelquefois au renforcement de l'articulation du bloc-genou des prothèses en bois.

e) Liège :

Ecorce de chêne-liège : il doit être fin, non véreux, ni fendillé profondément ; aggloméré, il doit être souple.

Il peut être composé de liège et latex aggloméré.

f) Métaux :

Acier : les aciers pour attelles et cercles de renfort sont des aciers demi-durs trempants.

Acier inoxydable.

Alliages : les alliages légers doivent être des alliages à haute résistance. Le duralumin convient le mieux, toutefois l'alpax et l'alumag sont utilisés pour certaines pièces de fonderie.

Bronze : le bronze forme les coussinets de certains verrous et articulations.

g) Matières plastiques :

Le cellulofid, dissous dans l'acétone afin de constituer une pâte.

Cette dernière renforcée de tricot, de coton ou de fibres de verre, de treillis métallique et appliquée sur le positif du moulage, constitue une masse homogène formant le corset, les valves, etc.

L'acétone de cellulose peut être également dissoute en pâte ou utilisée en tôle.

Les polyéthylènes, superpolyamides, acryliques, époxy, exoprènes, dérivés du P.V.C., polypropylène, polyuréthanes et polycarbonates ou similaires à qualité égale, servent à la fabrication des corsets, appareils et prothèses.

Les polyuréthanes et dérivés ou similaires servent de matière de recouvrement, de protection, de compensation, etc. dans les corsets, les appareils de prothèses, les semelles et chaussures.

La résine synthétique telle que polyester, silicones, epoxydes acryliques, s'utilisent avec un durcisseur et du tricot tubulaire pour la confection d'appareils d'orthopédie et de prothèse. D'autres matières plus souples sont utilisées quelquefois comme garniture.

Le plastique armé : on entend par plastique armé soit une association de résines acryliques renforcées par du tissu de verre, soit des appareils fabriqués en matière plastique d'autres types, tels polyéthylènes, etc., renforcés par armure métallique.

h) Textiles :

Feutres : doivent être en laine de première qualité, souples pour les capitonnages et points d'appuis, comprimés pour les semelles, pieds et mains artificiels.

Molletons : en laine ou en coton de première qualité.

Tissu pour bretelles : les tissus rigides sont de coton ou de nylon. Les tissus élastiques sont du type spécial pour bandage élastique.

Tricotés dits tubulaires : doivent être en tissu de coton ou de nylon de première qualité. Sont généralement utilisés pour le garnissage de certains appareils et pour la confection des corsets cellulofid.

Coutil fort : à base de coton pur.

Ouate de coton : pour le rembourrage de certaines pelotes de compression.

2. PIÈCES DIVERSES :

a) Boulons - Vis - Pièces de décolletage :

En acier doux, non trempant. Ces mêmes pièces en matière plastique sont en superpolyamides ou toute autre matière résistante.

b) Boutons :

Les boutons d'attache seront en laiton, acier doux ou nylon. S'il sont en matières plastiques, ils doivent répondre aux caractéristiques reprises sous a).

c) Rivets :

Les rivets de fixation des attelles sur les cuirs sont en cuivre rouge à large tête. Les rivets pour fixation des pièces acier sur acier sont en acier doux, de duralumin sur duralumin en aluminium ou acier doux ; pour les appareils en acier inoxydable, on utilise les rivets de même matière. Les rivets tubulaires pour rivetage des courroies sur le cuir sont en laiton.

S'ils sont en matière plastique, ils doivent répondre aux caractéristiques reprises en a).

d) Lacets :

Soit en cuir résistant, soit en coton tressé ou fibre synthétique, terminés par une partie plastifiée ou en ferret.

e) Boucles :

Sont en acier doux nickelé ou bleui de première qualité ou en matière plastique ayant une résistance équivalente à la boucle en acier convenablement rivées ou cousues à la main ou à la machine.

f) Articulations :

1. EN GENERAL

Les articulations des appareils d'orthopédie et de prothèse varient d'après leur emploi.

Il existe plusieurs types d'articulations :

a) Articulation pièce sur pièce : les attelles juxtaposées sont maintenues par un boulon dit orthopédique ou par une vis à portée. Dans certaines articulations de ce type, une des attelles peut être munie d'un roulement à billes.

b) Articulation à chape : l'une des attelles comporte une chape dans laquelle s'intercale la tête de l'autre.

Elles sont reliées par une vis à portée.

Articulation à chape à roulement à billes : mêmes caractéristiques qu'au § précédent, mais l'attelle intercalaire est munie d'un roulement à billes. Les articulations des attelles en duralumin pour adultes sont renforcées par une pièce en acier ou en nylon.

Certaines articulations pour appareils d'enfants et pilons provisoires peuvent être consolidées par une pièce décollée et rivée.

c) Articulation à rotule freinée ou non.

d) Articulation à charnière.

e) Dans certains appareils du membre supérieur, l'articulation est formée par l'entrecroisement de fils de ressort.

f) A pivot.

2. ARTICULATIONS SPECIALES :

a) Membres supérieurs :

Du coude, à double mouvement : articulation permettant aux moignons courts la flexion complète de l'avant-bras sur le bras.

b) Membres inférieurs :

Pied artificiel : articulation du pied et de la malléole : constituée d'un axe aux attaches au pied et à la malléole.

Ordinairement, pour les prothèses en alliage léger, ces articulations sont munies de roulement à billes.

Articulation pied-malléole, à double mouvement : permet le mouvement latéral du pied ; doit être résistante et ne pas nuire à la stabilité de l'amputé.

Articulation du genou uni-axe : formé d'un axe conique traversant le bloc-genou et fixé sur deux attelles adaptées dans le mollet. L'ensemble doit être facilement démontable en cas de réparation. Il peut être en alliage léger ou acier et accessoirement muni de roulement à billes.

Articulation du genou physiologique : polycentrique ou à freinage progressif, traduisant les mouvements anatomiques et physiologiques du genou, doit être solide et faciliter la marche de l'amputé.

g) Verrous :

Dispositifs d'arrêt automatique ou non, permettant le blocage d'une articulation.

Ils doivent, sous un minimum d'encombrement et de poids, offrir toutes les garanties de solidité, de fixité et seront montés de telle sorte qu'ils n'accrochent ni ne pincement les vêtements.

h) Attelles et cercles :

Les attelles et cercles de renfort, etc. doivent être en rapport avec la corpulence et l'âge du malade et l'usage auquel doit répondre l'appareil. Les cercles doivent être solidement rivés ou soudés sur les attelles.

3. DIVERS

a) Tout appareil est conçu de façon à ne pas blesser le malade; les rivets, vis etc., ne doivent pas endommager les vêtements.

b) Les pièces en acier sont nickelées, chromées, sablées, plastifiées, recouvertes d'un vernis, spécial antirouille ou recouvertes de cuir. Il faut veiller spécialement au polissage des pièces.

c) Le garnissage est soigné. S'il doit être piqué, il le sera au fil de lin ou de nylon, à la main ou à la machine. Le collage est admis pour le garnissage des surfaces planes.

d) Les cuirs gardant leur couleur naturelle sont nettoyés à l'acide oxalique, lissés, astiqués et vernis.

e) Le garnissage est soigné. S'il doit être piqué, il le sera au fil de lin ou de nylon, à la main ou à la machine. Le collage est admis pour le garnissage de surfaces planes ne nécessitant pas le repliage de la peau.

f) Les coutures de jonction des cuirs à mouler doivent être faites à points croisés, fil non apparent noyé dans l'épaisseur du cuir. Si elles ne sont pas cousues, elles doivent être renforcées par un cuir extérieur.

g) De la peau de parchemin, de la forte toile ou certaines résines renforceront les prothèses en bois. Ces renforcements, une fois secs, sont poncés et enduits d'un vernis ou d'une laque où la couleur a été incluse dans la masse de la résine.

Les prothèses en alliages légers sont polies ou recouvertes d'une laque.

Dans ce dernier cas, il est conseillé de les recouvrir d'une couche protectrice contre la corrosion.

h) 625612 - 625623 : Ce type de releveur consiste en un appareil non articulé à la cheville, les matières utilisées procurent par leur élasticité la souplesse nécessaire au déroulement du pas. Les ressorts peuvent être en métal ou matière plastique. La partie proximale doit dépasser 2/3 de la jambe.

Interne à la chaussure : semelle et partie postérieure moulée d'une pièce en cuir armé de ressort ou en matière plastique. Dans les cas de pied talus, il peut être antérieur.

Externe à la chaussure : l'appareil est fixé sur la chaussure et comprend soit un ou plusieurs ressorts postérieurs ou 2 ressorts latéraux.

i) 626312 - 626323 : Appareil pour blocage partiel.

Il comprend un segment pied et un segment jambe en matière moulée (cuir ou plastique) renforcé par une attelle latérale ou postérieure et d'un segment semelle. Ces renforts doivent être solidaires.

j) 626511 - 626522 + 626533 - 626544 + 626555 - 626566 + 626570 - 626581 :

Appareil pour blocage complet.

Il comprend un segment pied et un segment jambe en matière moulée (cuir ou plastique) renforcés de deux attelles latérales ou d'une coquille postérieure et d'un segment semelle. Ces renforts doivent être solidaires.

626511 - 626522 + 626533 - 626544 + 626555 - 626566 + 626592 - 626603 :

Appareil pour blocage complet.

La matière moulée remonte jusqu'à l'interligne articulaire. Les renforts sont rectilignes et légèrement plus courts que la matière moulée, ou les renforts peuvent, spécialement du côté interne, être formés suivant le relief du genou.

k) les prestations 633312 - 633323, 633334 - 633345 et 633356 - 633360 sont soumises aux mêmes règles que celles prévues au § 7, c).

l) 628876 - 628880 : Appareil remontant jusqu'aux plateaux tibiaux, moulé en cuir avec des renforts en métal ou matière plastique. L'ouverture permettant l'introduction du membre peut être à clapet. La partie distale sera munie d'un pied du type Sach ou articulé.

II. SEMELLES ORTHOPEDIQUES

Les semelles orthopédiques sont fabriquées avec les matériaux suivants :

a) Plexidur.

b) Matières plastiques :

Produits de polymérisation à base acrylique, superpolyamide, polyéthylène et dérivés ou similaires, polyuréthane, résine époxy ou autre, mousses diverses, etc.

c) Duralumin :

Léger, à haute résistance.

d) Acier inoxydable.

e) Liège :

Ecorce de chêne-liège : doit être fin, non véreux, ni fendillé profondément. Le liège aggloméré doit être souple et homogène. Une semelle en cuir ou de matière plastique recouvre le liège.

f) Latex :

Réalisé par moulage et vulcanisé.

g) Cuir et feutre.

h) Caoutchouc :

Peut être utilisé pour la confection de pelotes, appuis, etc. et être adapté sur n'importe quel modèle de semelles. Les empreintes pour semelles orthopédiques seront exécutées au moyen d'un tampon encreur. Les moulages par tous procédés permettant de relever le relief du pied.

III. LOMBOSTATS

En coutil et métal :

Le lombostat devra être confectionné dans un coutil très fort, dit coutil spécial pour orthopédie et dans du tissu fort selon le modèle et le cas.

Il sera armé de ressorts en acier convenablement trempé, de baleinage approprié à chaque cas, assurant à l'ensemble la contention nécessaire.

La correction, selon la prescription, s'obtient par la façon dont le corset est conçu, coupé et assemblé, puis terminé en tenant compte des rectifications résultant des essayages.

Il sera en coutil à dos plein, avec fermeture antérieure ou bilatérale; 6 ressorts, dont 4 de 14 mm de largeur et au moins 2 de 20 mm renforceront la partie dorsale.

Dans des cas exceptionnels où la corpulence du bénéficiaire ne permet pas de placer quatre ressorts de 14 mm de largeur, ce nombre peut être réduit tout en assurant une rigidité parfaite.

Dans certains cas il sera renforcé de larges ressorts paravertébraux de 25 mm de large formant rectangle ou par une plaque dorsale rigide.

§ 17. Dans le cadre de la rééducation professionnelle, le Collège des médecins-directeurs peut autoriser un renouvellement anticipé pour les prestations citées au § 1er à l'exclusion des semelles orthopédiques lorsque ces appareils sont usés prématurément et que le port de ceux-ci constitue une condition pour la reprise ou la poursuite d'une activité professionnelle assujettissant le titulaire soit à la sécurité sociale des travailleurs salariés, soit au statut social des travailleurs indépendants.

L'intervention pour renouvellement anticipé ne peut être accordée pour des appareils réparables ou adaptables, pour des appareils mal confectionnés et qui ne conviennent donc pas au patient, ou en cas de perte ou de détérioration par négligence.

Art. 30. § 1er. Sont considérés comme relevant de la compétence des opticiens (Z) :

			par pièce	
Verres sphériques blancs :				
(1)	(2)	(3)		
7301	670014	670025	plan à 2.....	Z 3,3
7302	670036	670040	2,25 à 4.....	Z 3,6
7303	670051	670062	4,25 à 6.....	Z 4
7304	670073	670084	6,25 à 8.....	Z 8
7305	670095	670106	8,50 à 10.....	Z 10,7
7306	670110	670121	10,50 à 13.....	Z 12
7307	670132	670143	13,50 à 16.....	Z 13,3
7308	670154	670165	16,50 à 20.....	Z 16
Verres sphériques plats :				
7317	670316	670320	plan à 2.....	Z 9,2
7318	670331	670342	2,25 à 4.....	Z 9,2
7319	670353	670364	4,25 à 6.....	Z 9,2
7320	670375	670386	6,25 à 8.....	Z 14,4
7321	670390	670401	8,50 à 10.....	Z 15,2
7322	670412	670423	10,50 à 13.....	Z 16
7323	670434	670445	13,50 à 16.....	Z 17,3
7324	670456	670460	16,50 à 20.....	Z 17,8
Verres toriques blancs, cyl. 0,25 à 2 :				
7325	670611	670622	plan à 2.....	Z 5,3
7326	670633	670644	2,25 à 4.....	Z 6,2
7327	670655	670666	4,25 à 6.....	Z 7,2
7328	670670	670681	6,25 à 8.....	Z 14
7329	670692	670703	8,50 à 10.....	Z 16,2
7330	670714	670725	10,50 à 13.....	Z 18
7331	670736	670740	13,50 à 16.....	Z 20,8
7332	670751	670762	16,50 à 20.....	Z 23,8
Verres toriques blancs, cyl. 2,25 à 4 :				
7333	670913	670924	plan à 2.....	Z 8,6
7334	670935	670946	2,25 à 4.....	Z 9,8
7335	670950	670961	4,25 à 6.....	Z 11
7336	670972	670983	6,25 à 8.....	Z 15,6
7337	670994	671005	8,50 à 10.....	Z 18
7338	671016	671020	10,50 à 13.....	Z 22

(1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.

(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

7339	671031	671042	13,50 à 16.....	Z	23,3
7340	671053	671064	16,50 à 20.....	Z	24,7
Verres toriques blancs, cyl. 4,25 à 6 :					
7341	671215	671226	plan à 2.....	Z	12,5
7342	671230	671241	2,25 à 4.....	Z	13,5
7343	671252	671263	4,25 à 6.....	Z	14,4
7344	671274	671285	6,25 à 8.....	Z	20
7345	671296	671300	8,50 à 10.....	Z	22,2
7346	671311	671322	10,50 à 13.....	Z	24
7347	671333	671344	13,50 à 16.....	Z	25,4
7348	671355	671366	16,50 à 20.....	Z	27
Verres toriques plats, cyl. 0,25 à 2 :					
7373	671510	671521	plan à 2.....	Z	13,5
7374	671532	671543	2,25 à 4.....	Z	13,5
7375	671554	671565	4,25 à 6.....	Z	19
7376	671576	671580	6,25 à 8.....	Z	19
7377	671591	671602	8,50 à 10.....	Z	22
7378	671613	671624	10,50 à 13.....	Z	23,3
7379	671635	671646	13,50 à 16.....	Z	24,7
7380	671650	671661	16,50 à 20.....	Z	26,5
Verres toriques plats, cyl. 2,25 à 4 :					
7381	671812	671823	plan à 2.....	Z	15,6
7382	671834	671845	2,25 à 4.....	Z	15,6
7383	671856	671860	4,25 à 6.....	Z	15,6
7384	671871	671882	6,25 à 8.....	Z	20,8
7385	671893	671904	8,50 à 10.....	Z	24
7386	671915	671926	10,50 à 13.....	Z	26,5
7387	671930	671941	13,50 à 16.....	Z	28,7
7388	671952	671963	16,50 à 20.....	Z	30
Verres toriques plats, cyl. 4,25 à 6 :					
7389	672114	672125	plan à 2.....	Z	17
7390	672136	672140	2,25 à 4.....	Z	17
7391	672151	672162	4,25 à 6.....	Z	17
7392	672173	672184	6,25 à 8.....	Z	24,7
7393	672195	672206	8,50 à 10.....	Z	27
7394	672210	672221	10,50 à 13.....	Z	28,7
7395	672232	672243	13,50 à 16.....	Z	30
7396	672254	672265	16,50 à 20.....	Z	31,6

Verres prismatiques. Supplément par pièce, pour tous foyers :

Verres sphériques :

7397	672416	672420	0,5 à 3°.....	Z	7,4
7398	672431	672442	3,5 à 6°.....	Z	11,5
7399	672453	672464	7 à 10°.....	Z	12,3
7400	672475	672486	11 à 13°.....	Z	15

Verres toriques :

7401	672615	672626	0,5 à 3°.....	Z	11
7402	672630	672641	3,5 à 6°.....	Z	16,5
7403	672652	672663	7 à 10°.....	Z	17,2
7404	672674	672685	11 à 13°.....	Z	20

Verres à facettes d'un diamètre de 30 mm, supplément par pièce :

Verres sphériques ou toriques :

a) bords plats :

7405	672814	672825	6,5 à 12.....	Z	9,7
7406	672836	672840	12,5 à 18.....	Z	10,9
7407	672851	672862	18,5 à 25.....	Z	12

b) bords convexes :

7408	673013	673024	6,5 à 12.....	Z	12,9
7409	673035	673046	12,5 à 18.....	Z	13,9
7410	673050	673061	18,5 à 25.....	Z	15

Verres à double foyer :

Verres sphériques taillés :

7411	673212	673223	plan à 2.....	Z	19
7412	673234	673245	2,25 à 4.....	Z	20
7413	673256	673260	4,25 à 6.....	Z	20,6
7414	673271	673282	6,50 à 10.....	Z	25,6
7415	673293	673304	10,50 à 15.....	Z	31,9

Verres sphériques fusionnés :

a) à segment rond :

7416	673411	673422	plan à 2.....	Z	22,3
7417	673433	673444	2,25 à 4.....	Z	22,3
7418	673455	673466	4,25 à 6.....	Z	26,3
7419	673470	673481	6,50 à 10.....	Z	35,3

b) pantoscopiques :

7420	673610	673621	plan à 2.....	Z	27,3
7421	673632	673643	2,25 à 4.....	Z	27,3

7422	673654	673665	4,25 à 6.....	Z	33,3
7423	673676	673680	6,50 à 10.....	Z	41,7

Verres toriques taillés, cyl. 0,25 à 2 :

7424	673816	673820	plan à 2.....	Z	25
7425	673831	673842	2,25 à 4.....	Z	25,6
7426	673853	673864	4,25 à 6.....	Z	26,3
7427	673875	673886	6,50 à 10.....	Z	30,4
7428	673890	673901	10,50 à 15.....	Z	36

Verres toriques fusionnés, cyl. 0,25 à 2 :

a) à segment rond :

7429	674015	674026	plan à 2.....	Z	27,3
7430	674030	674041	2,25 à 4.....	Z	28,7
7431	674052	674063	4,25 à 6.....	Z	31,9
7432	674074	674085	6,50 à 10.....	Z	36,5

b) pantoscopiques :

7433	674214	674225	plan à 2.....	Z	32,5
7434	674236	674240	2,25 à 4.....	Z	32,5
7435	674251	674262	4,25 à 6.....	Z	37,5
7436	674273	674284	6,50 à 10.....	Z	41,9

Verres toriques taillés, cyl. 2,25 à 4 :

7437	674413	674424	plan à 2.....	Z	29,7
7438	674435	674446	2,25 à 4.....	Z	30,4
7439	674450	674461	4,25 à 6.....	Z	31,4
7440	674472	674483	6,50 à 10.....	Z	35,3
7441	674494	674505	10,50 à 15.....	Z	41,9

Verres toriques fusionnés, cyl. 2,25 à 4 :

a) à segment rond :

7442	674612	674623	plan à 2.....	Z	31,9
7443	674634	674645	2,25 à 4.....	Z	33,3
7444	674656	674660	4,25 à 6.....	Z	36
7445	674671	674682	6,50 à 10.....	Z	41,2

b) pantoscopiques :

7446	674811	674822	plan à 2.....	Z	36,5
7447	674833	674844	2,25 à 4.....	Z	38,2
7448	674855	674866	4,25 à 6.....	Z	42,7
7449	674870	674881	6,50 à 10.....	Z	53

Verres toriques taillés, cyl. 4,25 à 6 :

7450	675010	675021	plan à 2.....	Z	33,3
7451	675032	675043	2,25 à 4.....	Z	34
7452	675054	675065	4,25 à 6.....	Z	36,5
7453	675076	675080	6,50 à 10.....	Z	41,2

Verres toriques fusionnés, cyl. 4,25 à 6 :

a) à segment rond :

7454	675216	675220	plan à 2.....	Z	35,3
7455	675231	675242	2,25 à 4.....	Z	36,5

b) pantoscopiques :

7456	675415	675426	plan à 2.....	Z	40
7457	675430	675441	2,25 à 4.....	Z	41,2
7458	675452	675463	Supplément pour verre à double foyer fusionné concave	Z	5,3
7463	675474	675485	Oeil artificiel en émail.....	Z	10
7464	675496	675500	Oeil artificiel en matière plastique.....	Z	55

Lentilles de contact à caractère optique :

a) lentilles dures :

7470	675614	675625	sphériques, par lentille.....	Z	55,6
7471	675636	675640	toriques, par lentille.....	Z	95,3

b) lentilles molles hydratées à plus de 30 p.c. :

7472	675813	675824	sphériques, par lentille.....	Z	111,2
7473	675835	675846	toriques, par lentille.....	Z	198,5

Séances d'essai et d'adaptation pour l'appareillage en lentille de contact d'un oeil ou des deux yeux :

7474	676012	676023	pour les deux premières séances, par séance.....	Z	20,4
7475	676034	676045	pour les séances suivantes (au maximum trois), par séance.....	Z	13,6

§ 2. Les prestations visées au § 1er ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin spécialiste en ophtalmologie.

§ 3. Les verres de mêmes dioptries ne peuvent être remboursés qu'une seule fois pour chaque oeil; leur renouvellement ne peut se faire que pour des verres de dioptries différentes.

§ 4. Les lentilles de contact ne sont remboursées que dans les seuls cas de kératocône, d'aphakie monoculaire, d'anisométrie de 3 dioptries et plus, d'astigmatisme irrégulier et d'astigmatisme supérieure à - 8 et à + 8 dioptries, évaluée selon la puissance réfractive de la lentille.

§ 4 bis. Les lentilles de contact de mêmes dioptries ne peuvent être remboursées qu'une seule fois pour chaque oeil. Leur renouvellement ne peut se faire que pour des lentilles de contact différentes d'au moins 1 dioptrie, la différence étant évaluée selon la puissance réfractive de la lentille.

§ 4 ter. Lorsque, en cas de déformation cornéenne importante, il est nécessaire de fournir, après moulage de l'oeil, une coque sclérale, l'intervention de l'assurance est fixée à Z 198,5.

§ 4 quater. Lorsque les séances d'essai et d'adaptation pour l'appareillage en lentilles de contact sont effectuées successivement par un médecin, spécialiste en ophtalmologie, et par un opticien, l'intervention de l'assurance est limitée, dans l'ensemble, à une valeur correspondant à celles prévues pour cinq séances au maximum, comptées dans les conditions prévues au § 1er du présent article.

§ 5. Le renouvellement d'un oeil artificiel en émail ne peut se faire qu'après un délai d'un an suivant la date de la fourniture antérieure.

Le renouvellement d'un oeil artificiel en matière plastique ne peut se faire qu'après un délai de cinq ans suivant la date de la fourniture antérieure. Toutefois, ce délai est ramené à :

- a) deux ans pour les enfants n'ayant pas atteint leur huitième anniversaire au moment du renouvellement;
- b) trois ans pour les enfants n'ayant pas atteint leur douzième anniversaire au moment du renouvellement.

§ 6. Les verres teintés sont remboursés à la valeur des verres blancs correspondants.

Art. 31. § 1er. Sont considérés comme relevant de la compétence des acousticiens (S) :

Appareils de correction auditive fonctionnant :

a) par voie aérienne :

(1)	(2)	(3)		S	
7501	679011	679022	surdité de transmission.....	S	305
7502	679033	679044	surdités mixtes.....	S	370
7503	679055	679066	surdités de perception.....	S	416
7504	679070	679081	b) par conduction osseuse, supplément.....	S	56

§ 2. Les prestations visées au § 1er ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

-
- (1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er janvier 1985.
(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

§ 3. Le renouvellement d'un appareil de correction auditive ne peut se faire qu'après un délai de cinq ans suivant la date de la fourniture antérieure.

Vu pour être annexé 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.

Le Ministre des Affaires sociales,

J.-L. DEHAENE

U

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 84 — 2169

7 DECEMBER 1984. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op de artikelen 12, 6°, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, 24, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965 en 8 augustus 1980 en bij de koninklijke besluiten nr. 10 van 11 oktober 1978, nr. 58 van 22 juli 1982, nr. 132 van 30 december 1982 en nr. 283 van 31 maart 1984, en 24bis, ingevoegd bij de wet van 7 juli 1966 en gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1980;

Gelet op het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 3 en de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 14 november 1984;

Gelet op het voorstel van de Bestendige commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomsten tussen de verzekeringsinstellingen en de bandagisten;

Gelet op de voorstellen en adviezen op 15 oktober 1984 en 19 november 1984 gedaan en uitgebracht door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat een doeltreffende werking van de Rijksadministratie vergt dat de bepalingen van dit besluit zo spoedig mogelijk worden bekendgemaakt zodat ze vanaf 1 januari 1985 kunnen worden toegepast;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken;

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 3 van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt aangevuld met de volgende bepaling :

« De rangnummers met zes posities waarmee in de bijlage bij dit besluit de geneeskundige verstrekkingen worden aangeduid, moeten pas vanaf 1 april 1985 worden gebruikt. »

Art. 2. In de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 14 november 1984, wordt de datum « 1 januari 1985 » die is vermeld in de tekst die naast verwijzing (1) staat, vervangen door « 1 april 1985 ».

Art. 3. In artikel 28 van de bijlage bij hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1 wordt verstrekking 8315 611730 611741 Y 1004 vervangen door de volgende bepaling :

« 8315 611730 611741

Geïmplanteerde urinaire kunstsfincter, samengesteld uit een opblaasbare manchet, een pomp met controlesysteem en een reservoir dat de druk regelt. »;

2° het wordt aangevuld met de volgende bepalingen :

« § 3bis. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor verstreking 611730 - 611741 wordt vastgesteld door het College van geneesheren-directeurs.

De aanvraag om tegemoetkoming die aan de inplanting voorafgaat, moet een beschrijving van de te implanteren urinaire kunstsfincter, het merk en het type ervan, alsmede een door de fabrikant of invoerder opgemaakt bestek met vermelding van de kostprijs van het toestel omvatten.

Ze moet een omstandig verslag omvatten dat door de uroloog die de inplanting verricht, is opgemaakt betreffende de causale pathologie en de elementen die het voorgestelde materieel verantwoorden.

MINISTÈRE DE LA PREVOYANCE SOCIALE

F. 84 — 2169

7 DECEMBRE 1984. — Arrêté royal modifiant 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

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 12, 6°, modifié par la loi du 24 décembre 1963, 24, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965 et 8 août 1980 et par les arrêtés royaux n° 10 du 11 octobre 1978, n° 58 du 22 juillet 1982, n° 132 du 30 décembre 1982 et n° 283 du 31 mars 1984, et 24bis, inséré par la loi du 7 juillet 1966 et modifié par la loi du 8 août 1980;

Vu 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 notamment l'article 3 et l'annexe au même arrêté modifiée par l'arrêté royal du 14 novembre 1984;

Vu la proposition de la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions entre les organismes assureurs et les bandagistes;

Vu les propositions et avis formulés le 15 octobre 1984 et le 19 novembre 1984 par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les dispositions du présent arrêté soient publiées au plus tôt afin d'en permettre l'application au 1er janvier 1985;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales;

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. L'article 3 de 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 est complété par la disposition suivante :

« Toutefois, les numéros d'ordre à six positions désignant les prestations de santé dans l'annexe au présent arrêté ne devront être utilisés qu'à partir du 1er avril 1985. »

Art. 2. Dans l'annexe au même arrêté, modifiée par l'arrêté royal du 14 novembre 1984, la date du « 1er janvier 1985 » mentionnée dans le texte figurant en regard des renvois (1) est remplacée par la date du « 1er avril 1985 ».

Art. 3. A l'article 28 de l'annexe au même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1er, la prestation 8315 611730 611741 Y 1004 est remplacée par la disposition suivante :

« 8315 611730 611741

Sphincter urinaire artificiel implanté composé d'une manchette gonflable, d'une pompe avec système de contrôle et d'un réservoir régulateur de pression. »;

2° il est complété par les dispositions suivantes :

« § 3bis. Le montant de l'intervention de l'assurance pour la prestation 611730 - 611741 est fixé par le Collège des médecins-directeurs. »

La demande d'intervention préalable à l'implantation comportera une description du sphincter urinaire artificiel à implanter, sa marque et son type ainsi qu'un devis établi par le fabricant ou l'importateur précisant le coût de l'appareil.

Elle comportera un rapport circonstancié établi par l'urologue implanteur concernant la pathologie causale et les éléments justifiant le matériel préconisé.

Er mag alleen een tegemoetkoming worden toegestaan voor de urine-incontinenties die voortvloeien uit een sfincterinsufficiëntie die is geobjectiveerd met een omstandig geneeskundig verslag, dat met name een urodynamisch onderzoek omvat (waaronder een urethrocytometrie en een momentopname van de mictie met gelijk-tijdige E.M.G. van de sfincter).

In dat verslag moet worden onderstreept :

1° dat het gaat om een incontinentie die ten minste al één jaar duurt en weerstand biedt aan de klassieke behandeling;

2° dat het gaat om patiënten wier behendigheid, geestesniveau en motivering een doeltreffend gebruik van apparaatuur mogelijk maken;

3° dat de algemene toestand van de patiënt geen contra-indicatie is voor het inplanten en het duurzaam gebruik van het toestel.

Zijn uitgesloten van de tegemoetkoming, de verzekerden met :

— een ernstige hyperreflexie die farmacologisch niet kan worden beheerst;

— een organische microblaas;

— een urinaire infectie die niet kan worden beheerst;

— lithiasis in de onderste urinewegen;

— een ernstige vesico-ureterale reflux;

— een obstructie van de lage urinewegen. »

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1985.

Wat artikel 3 van dit besluit betreft, kan de verzekering evenwel, op verzoek van de betrokken rechthebbenden, onder de in dat artikel vastgestelde voorwaarden tegemoet komen in de kosten van de urinaire kunstsfincters die zijn geïmplanterd tijdens het tijdvak dat aanvangt op 1 januari 1983 en eindigt op 31 december 1984

Art. 5. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit,

Gegeven te Brussel, 7 december 1984.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
J.-L. DEHAENE

Une intervention ne pourra être autorisée que pour les incontinences urinaires résultant d'une insuffisance sphinctérielle objectivée par un rapport médical détaillé comportant notamment un examen urodynamique (dont une urétrocystométrie et un instantané mictionnel avec E.M.G. sphinctériens simultanés).

Ce rapport mettra en évidence :

1° qu'il s'agit d'une incontinence durant depuis au moins un an et résistante aux traitements classiques;

2° qu'il s'agit de patients dont la dextérité, le niveau mental et la motivation permettent l'utilisation efficace de l'appareillage;

3° que l'état général du patient ne constitue pas une contre-indication à l'implantation et à l'utilisation durable de l'appareil.

Sont exclus du bénéfice de l'intervention, les assurés qui présentent :

— une hyperréflexie sévère non contrôlable pharmacologiquement;

— une microvessie organique;

— une infection urinaire incontrôlable;

— une lithiase des voies urinaires inférieures;

— un reflux vésico-urétéral important;

— une obstruction des voies urinaires basses. »

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 1985.

Toutefois, concernant l'article 3 du présent arrêté, l'assurance peut, à la demande des bénéficiaires concernés, intervenir dans les conditions fixées audit article, dans le coût des sphincters urinaires artificiels implantés pendant la période débutant le 1er janvier 1983 et se terminant le 31 décembre 1984.

Art. 5. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 7 décembre 1984.

BAUDOUIN

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,
J.-L. DEHAENE

9 JANVIER 1985. — Arrêté royal modifiant 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

—
BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 12, 6°, modifié par la loi du 24 décembre 1963, 24, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965 et 8 août 1980 et par les

9 JANUARI 1985. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

—
BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen, die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering inzonderheid op de artikelen 12, 6°, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, 24, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963,

arrêtés royaux n° 10 du 11 octobre 1978, n° 58 du 22 juillet 1982, n° 132 du 30 décembre 1982 et n° 283 du 31 mars 1984, et 24 bis, inséré par la loi du 7 juillet 1966, et modifié par la loi du 8 août 1980;

Vu 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; notamment les articles 18, modifié par l'arrêté royal du 14 novembre 1984, et 24;

Vu la proposition du Conseil technique médical faite en sa séance du 20 novembre 1984;

Vu l'avis émis le 3 décembre 1984 par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les dispositions du présent arrêté soient publiées au plus tôt afin d'en permettre l'application au 1er janvier 1985;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. § 1er. A l'article 18, § 1er, E, de l'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 tel que modifié, le libellé des prestations nos 4525 - 441512 - 441523 et 4527 - 441556 - 441560 ainsi que leur valeur relative sont modifiés comme suit :

« 4525 - 441512 - 441523.

Supplément forfaitaire par traitement 4500 - 440016 - 440020, 4501 - 440031 - 440042, 4521 - 440053 - 440064, 4522 - 440075 - 440086 ou 4502 - 440215 - 440226 pour les préparations du traitement par simulateur, avec clichés

K 300

4527 - 441556 - 441560.

Supplément forfaitaire par traitement 4500 - 440016 - 440020, 4501 - 440031 - 440042, 4522 - 440075 - 440086 ou 4521 - 440053 - 440064, pour le calcul individuel de la répartition réelle de la dose en cas d'irradiation externe au moyen de plusieurs faisceaux sur une seule région à atteindre, au moyen d'un ordinateur dans la mémoire duquel sont mises les caractéristiques des faisceaux de l'appareil d'irradiation en question, avec la possibilité de modifier interactivement les nombres et les directions des faisceaux utilisés et où sont introduits les contours corporels individuels du patient, avec graphique du calcul dans une ou plusieurs coupes du volume irradié

K 220 »

§ 2. L'article 18, § 1er, E, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité est complété par la disposition suivante :

« 4529 - 441593 - 441604.

Supplément forfaitaire en cas de traitement 4502 - 440215 - 440226, pour le calcul individuel de la répartition réelle de la dose dans au moins deux plans non parallèles en cas de curietherapie, avec utilisation d'un ordinateur permettant de faire une reconstruction spatiale de l'application intracavitaire ou interstitielle, avec graphique

K 220

Les prestations nos 4528 - 441571 - 441582 et 4529 - 441593 - 441604 ne sont pas cumulables. »

Art. 2. § 1er. A l'article 18, § 2, B, c, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, le libellé de la prestation n° 4708 - 442610 - 442621 - ainsi que sa valeur relative sont modifiés comme suit :

« 4708 - 442610 - 442621.

Test fonctionnel et scintigraphique d'un organe ou système d'organes, avec acquisition séquentielle des données, analyse quantitative par calculateur (ordinateur) comprenant des courbes d'activité dans le temps et/ou des tableaux de données chiffrées et/ou des images paramétriques, avec protocole et documents iconographiques

N 300 »

8 avril 1965 et 8 augustus 1980 et bij de koninklijke besluiten nr. 10 van 11 oktober 1978, nr. 58 van 22 juli 1982, nr. 132 van 30 december 1982 en nr. 283 van 31 maart 1984, en 24 bis, ingevoegd bij de wet van 7 juli 1966 en gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1980;

Gelet op het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering; inzonderheid de artikelen 18, gewijzigd bij koninklijk besluit van 14 november 1984, en 24;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad gedaan tijdens zijn vergadering van 20 november 1984;

Gelet op het advies uitgebracht op 3 december 1984 door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat een afdoende werking van de Rijksadministratie het noodzakelijk maakt dat de bepalingen van dit besluit zo vlug mogelijk moeten worden bekendgemaakt opdat ze vanaf 1 januari 1985 kunnen worden toegepast;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. § 1. In artikel 18, § 1, E, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, zoals het is gewijzigd, worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen nrs. 4525 - 441512 - 441523 en 4527 - 441556 - 441560 als volgt gewijzigd :

« 4525 - 441512 - 441523.

Forfaitair supplement per behandeling 4500 - 440016 - 440020, 4501 - 440031 - 440042, 4521 - 440053 - 440064, 4522 - 440075 - 440086 of 4502 - 440215 - 440226 voor de voorbereidingen van de behandeling met simulator, met clichés

K 300

4527 - 441556 - 441560.

Forfaitair supplement per behandeling 4500 - 440016 - 440020, 4501 - 440031 - 440042, 4522 - 440075 - 440086 of 4521 - 440053 - 440064 voor de individuele berekening van de reële dosisverdeling bij een uitwendige bestraling met meerdere bundels op één doelgebied, met gebruik van een computer waarin de bundelkarakteristieken van het betreffende bestralingsstoelstel in het geheugen zijn opgeslagen met mogelijkheid tot interaktief wijzigen van aantallen en richtingen van de gebruikte bundels, en waarbij de individuele lichaamsontrekken van de patiënt worden ingevoerd, met grafische weergave van de berekening in één of meerdere doorsneden van het bestraald volume

K 220 »

§ 2. Artikel 18, § 1, E, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt aangevuld met de volgende bepaling :

« 4529 - 441593 - 441604.

Forfaitair supplement in geval van behandeling 4502 - 440215 - 440226 voor de individuele berekening van de reële dosisverdeling in ten minste 2 niet parallel vlakken bij curietherapie, met gebruik van een computer die toelaat een ruimtelijke rekonstruktie te maken van de intracavitaire of interstitiële applicatie, met grafische weergave

K 220

De verstrekkingen nrs. 4528 - 441571 - 441582 en 4529 - 441593 - 441604 mogen niet worden gecumuleerd. »

Art. 2. § 1. In artikel 18, § 2, B, c, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 4708 - 442610 - 442621 gewijzigd in :

« 4708 - 442610 - 442621.

Functionele test en scintigrafie van een orgaan of stelsel van organen, met sequentele inzameling van de gegevens, kwantitatieve analyse met telsysteem (computer) die activiteitscurven in de tijd en/of tabellen met cijfergegevens en/of parametrische beelden omvat, met protocol en iconografische documenten

N 300 »

§ 2. A l'article 18, § 2, B, c, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, il y a lieu de faire suivre la prestation n° 4708 - 442610 - 442621 par la nouvelle prestation suivante :

« 4719 - 442654 - 442665.

Supplément à la prestation 4703 - 442411 - 442422 pour l'examen tomographique avec traitement par ordinateur comprenant au moins deux plans non parallèles de reconstruction, avec protocole et documents iconographiques N 135 »

Art. 3. § 1er. A l'article 18, § 2, B, e, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, la valeur relative des prestations suivantes est modifiée comme suit :

« 4720 - 443015 - 443026	B	456
4722 - 443052 - 443063	B	736
4723 - 443074 - 443085	B	430
4730 - 443310 - 443321	B	456
4732 - 443354 - 443365	B	456
4735 - 443612 - 443623	B	430
4737 - 443656 - 443660	B	1296
4740 - 443715 - 443726	B	456
4745 - 443811 - 443822	B	430
4742 - 443870 - 443881	B	974
4744 - 443914 - 443925	B	456
4750 - 444010 - 444021	B	456
4755 - 445012 - 445023	B	456
4756 - 445034 - 445045	B	456
4758 - 445071 - 445082	B	456
4759 - 445093 - 445104	B	456
4762 - 445152 - 445163	B	305
4763 - 445174 - 445185	B	3763
4764 - 445196 - 445200	B	1880
4765 - 445211 - 445222	B	627
4766 - 445233 - 445244	B	266
4770 - 446014 - 446025	B	500
4771 - 446036 - 446040	B	400
4772 - 446051 - 446062	B	500
4773 - 446073 - 446084	B	412
4774 - 446095 - 446106	B	500
4775 - 446110 - 446121	B	424
4800 - 447016 - 447020	B	975
4804 - 447090 - 447101	B	792
4806 - 447134 - 447145	B	650
4815 - 447510 - 447521	B	792
4817 - 447554 - 447565	B	975
4820 - 447716 - 447720	B	975
4825 - 448011 - 448022	B	430
4826 - 448033 - 448044	B	430
4827 - 448055 - 448066	B	430
4828 - 448070 - 448081	B	430
4830 - 448114 - 448125	B	860
4831 - 448136 - 448140	B	860
4832 - 448151 - 448162	B	860
4835 - 448210 - 448221	B	1290
4836 - 448232 - 448243	B	1290
4837 - 448254 - 448265	B	860
4840 - 448416 - 448420	B	975
4841 - 448431 - 448442	B	975
4842 - 448453 - 448464	B	1296
4845 - 448615 - 448626	B	975
4852 - 449050 - 449061	B	1296
4853 - 449072 - 449083	B	975
4854 - 449094 - 449105	B	975
4855 - 449116 - 449120	B	975
4857 - 449153 - 449164	B	975
4858 - 449175 - 449186	B	1086
4859 - 449190 - 449201	B	1296
4860 - 449212 - 449223	B	1296
4865 - 449315 - 449326	B	1296
4867 - 449352 - 449363	B	1086
4868 - 449374 - 449385	B	975
4869 - 449396 - 449400	B	1296
4870 - 449610 - 449621	B	1086
4871 - 449632 - 449643	B	736
4875 - 449816 - 449820	B	3763 »

§ 2. In artikel 18, § 2, B, c, van het vorengenoemde koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt na verstreking nr. 4708 - 442610 - 442621 de volgende nieuwe verstreking opgenomen :

« 4719 - 442654 - 442665.

Supplement bij verstreking 4703 - 442411 - 442422 voor het tomografisch onderzoek met verwerking door computer dat ten minste twee niet parallelle reconstructievlakken omvat, met protocol en iconografische documenten N 135 »

Art. 3. § 1. In artikel 18, § 2, B, e, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt de betreffende waarde van de volgende verstrekingen als volgt gewijzigd :

« 4720 - 443015 - 443026	B	456
4722 - 443052 - 443063	B	736
4723 - 443074 - 443085	B	430
4730 - 443310 - 443321	B	456
4732 - 443354 - 443365	B	456
4735 - 443612 - 443623	B	430
4737 - 443656 - 443660	B	1296
4740 - 443715 - 443726	B	456
4745 - 443811 - 443822	B	430
4742 - 443870 - 443881	B	974
4744 - 443914 - 443925	B	456
4750 - 444010 - 444021	B	456
4755 - 445012 - 445023	B	456
4756 - 445034 - 445045	B	456
4758 - 445071 - 445082	B	456
4759 - 445093 - 445104	B	456
4762 - 445152 - 445163	B	305
4763 - 445174 - 445185	B	3763
4764 - 445196 - 445200	B	1880
4765 - 445211 - 445222	B	627
4766 - 445233 - 445244	B	266
4770 - 446014 - 446025	B	500
4771 - 446036 - 446040	B	400
4772 - 446051 - 446062	B	500
4773 - 446073 - 446084	B	412
4774 - 446095 - 446106	B	500
4775 - 446110 - 446121	B	424
4800 - 447016 - 447020	B	975
4804 - 447090 - 447101	B	792
4806 - 447134 - 447145	B	650
4815 - 447510 - 447521	B	792
4817 - 447554 - 447565	B	975
4820 - 447716 - 447720	B	975
4825 - 448011 - 448022	B	430
4826 - 448033 - 448044	B	430
4827 - 448055 - 448066	B	430
4828 - 448070 - 448081	B	430
4830 - 448114 - 448125	B	860
4831 - 448136 - 448140	B	860
4832 - 448151 - 448162	B	860
4835 - 448210 - 448221	B	1290
4836 - 448232 - 448243	B	1290
4837 - 448254 - 448265	B	860
4840 - 448416 - 448420	B	975
4841 - 448431 - 448442	B	975
4842 - 448453 - 448464	B	1296
4845 - 448615 - 448626	B	975
4852 - 449050 - 449061	B	1296
4853 - 449072 - 449083	B	975
4854 - 449094 - 449105	B	975
4855 - 449116 - 449120	B	975
4857 - 449153 - 449164	B	975
4858 - 449175 - 449186	B	1086
4859 - 449190 - 449201	B	1296
4860 - 449212 - 449223	B	1296
4865 - 449315 - 449326	B	1296
4867 - 449352 - 449363	B	1086
4868 - 449374 - 449385	B	975
4869 - 449396 - 449400	B	1296
4870 - 449610 - 449621	B	1086
4871 - 449632 - 449643	B	736
4875 - 449816 - 449820	B	3763 »

§ 2. In artikel 18, § 2, B, e, van de bijlage bij het vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt de toepassingsregel die volgt na verstreking 4812 - 447355 - 447366 vervangen door :

« Verstreking 4812 - 447355 - 447366 mag worden gecumuleerd, noch met verstreking 4810 - 447311 - 447322, noch met verstreking 4811 - 447333 - 447344 ».

§ 2. A l'article 18, § 2, B, e, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, la règle d'application qui suit la prestation 4812 - 447355 - 447366 est remplacée par la suivante :

« La prestation 4812 - 447355 - 447366 n'est cumulable ni avec la prestation 4810 - 447311 - 447322 ni avec la prestation 4811 - 447333 - 447344 ».

Art. 4. A l'article 24, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, la valeur relative des prestations suivantes est modifiée comme suit :

* 6821 - 579154 - 579165.....	B	430
6824 - 579213 - 579224.....	B	430
6827 - 579132 - 579143.....	B	430
6941 - 584570 - 584581.....	B	341
6943 - 584614 - 584625.....	B	341
6495 - 587672 - 587683.....	B	369
6496 - 587694 - 587705.....	B	369
6497 - 587716 - 587720.....	B	738 *

Art. 5. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 1985.

Art. 6. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 janvier 1985.

BAUDOUIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
J.-L. DEHAENE

Art. 4. In artikel 24, § 1, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt de betrekkelijke waarde van de volgende verstrekkingen als volgt gewijzigd :

* 6821 - 579154 - 579165.....	B	430
6824 - 579213 - 579224.....	B	430
6827 - 579132 - 579143.....	B	430
6941 - 584570 - 584581.....	B	341
6943 - 584614 - 584625.....	B	341
6495 - 587672 - 587683.....	B	369
6496 - 587694 - 587705.....	B	369
6497 - 587716 - 587720.....	B	738 *

Art. 5. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1985.

Art. 6. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 januari 1985.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
J.-L. DEHAENE

9 JANVIER 1985. — Arrêté royal modifiant 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

BAUDOUIIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, telle qu'elle a été modifiée;

Vu 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, notamment l'article 26 de l'annexe audit arrêté;

Vu l'accord intervenu le 28 décembre 1984, au sein de la Commission nationale médico-mutualiste visée à l'article 34, § 2, de la loi du 9 août 1963 précitée notamment le point B 4;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant que les dispositions du présent arrêté royal doivent être connues au moment où les médecins prennent une décision à propos de leur engagement individuel à l'accord médico-mutualiste;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Dans l'article 26 de l'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, le § 1er est remplacé par la disposition suivante :

« § 1er. Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, à l'exception des prestations citées au § 8;

(1)	(2)	(3)	
1951	599513	599524	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 300 ou N 500			K 150
1952	599535	599546	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 180 ou N 300 et égale ou inférieure à K 300 ou N 500			K 120
1953	599550	599561	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 120 ou N 200 et égale ou inférieure à K 180 ou N 300			K 100
1954	599572	599583	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 75 ou N 125 et égale ou inférieure à K 120 ou N 200			K 80

- (1) Numéro d'ordre applicable avant le 1er avril 1985.
 (2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.
 (3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

9 JANUARI 1985. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, zoals ze is gewijzigd;

Gelet op het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 26 van de bijlage bij voorgenoemd besluit;

Gelet op het akkoord dat op 28 december 1984 tot stand is gekomen in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, bedoeld in artikel 34, § 2, van voorgenoemde wet van 9 augustus 1963, inzonderheid punt B 4 ;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de bepalingen van dit koninklijk besluit bekend moeten zijn op het ogenblik dat de geneesheren een beslissing nemen in verband met individuele toetreding tot het akkoord geneesheren-ziekenfondsen;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 26 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, wordt § 1 vervangen door de volgende bepalingen :

« § 1. Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het week-end of op een feestdag verrichte dringende verstrekingen, met uitzondering van de in § 8 vermelde verstrekingen;

(1)	(2)	(3)	
1951	599513	599524	
Voor de verstrekingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 300 of N 500			K 150
1952	599535	599546	
Voor de verstrekingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 180 of N 300 en gelijk aan of lager dan K 300 of N 500			K 120
1953	599550	599561	
Voor de verstrekingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 120 of N 200 en gelijk aan of lager dan K 180 of N 300			K 100
1954	599572	599583	
Voor de verstrekingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 75 of N 125 en gelijk aan of lager dan K 120 of N 200			K 80

- (1) Rangnummer van toepassing voor 1 april 1985.
 (2) Rangnummer voorbehouden voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.
 (3) Rangnummer voorbehouden voor in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

1955	599594	599605	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 50 ou N 85 et égale ou inférieure à K 75 ou N 125			K 60
1956	599616	599620	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 25 ou N 42 et égale ou inférieure à K 50 ou N 85			K 40
1957	599631	599642	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 10 ou N 17 et égale ou inférieure à K 25 ou N 42			K 20
1958	599653	599664	
Pour les prestations dont la valeur relative est égale ou inférieure à K 10 ou N 17			K 12 »
§ 2. A l'article 26 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, il est inséré un § 1bis ainsi libellé :			
« § 1bis. Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, citées au § 8 :			
A. Pour les prestations du § 8 citées à l'article 3, § 1er, biologie clinique, a) :			
1964	599675	599686	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 1500			K 80
1965	599690	599701	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 1000 et égale ou inférieure à B 1500			K 60
1966	599712	599723	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 500 et égale ou inférieure à B 1000			K 40
1967	599734	599745	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 200 et égale ou inférieure à B 500			K 20
1968	599756	599760	
Pour les prestations dont la valeur relative est égale ou inférieure à B 200			K 12
B. Pour les prestations du § 8 citées aux articles 3, § 1er, biologie clinique, b), 18, § 2, B, e, et 24, § 1er :			
1971	599815	599826	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 6000			K 150
1972	599830	599841	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 3600 et égale ou inférieure à B 6000			K 120
1973	599852	599863	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 2400 et égale ou inférieure à B 3600			K 100
1974	599874	599885	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 1500 et égale ou inférieure à B 2400			K 80
1975	599896	599900	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 1000 et égale ou inférieure à B 1500			K 60
1976	599911	599922	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 500 et égale ou inférieure à B 1000			K 40
1977	599933	599944	
Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à B 200 et égale ou inférieure à B 500			K 20
1978	599955	599966	
Pour les prestations dont la valeur relative est égale ou inférieure à B 200			K 12 »
§ 3. A l'article 26 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, le § 7 est remplacé par la disposition suivante :			
« § 7. En cas de prestations multiples effectuées d'urgence, pendant la nuit ou le week-end, chez un même malade, la somme des honoraires prévus pour chacune d'entre elles constitue la base sur laquelle sont déterminés le ou les suppléments de nuit ou de week-end.			

1955	599594	599605	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 50 of N 85 en gelijk aan of lager dan K 75 of N 125			K 60
1956	599616	599620	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 25 of N 42 en gelijk aan of lager dan K 50 of N 85			K 40
1957	599631	599642	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 10 of N 17 en gelijk aan of lager dan K 25 of N 42			K 20
1958	599653	599664	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde gelijk is aan of lager is dan K 10 of N 17			K 12 »
§ 2. In artikel 26 van de bijlage bij voorgenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt een § 1bis ingelast, die als volgt is gesteld :			
« § 1bis. Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen die zijn vermeld in § 8 :			
A. Voor de verstrekkingen van § 8 die zijn vermeld in artikel 3, § 1, klinische biologie, a) :			
1964	599675	599686	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 1500			K 80
1965	599690	599701	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 1000 en gelijk aan of lager dan B 1500			K 60
1966	599712	599723	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 500 en gelijk aan of lager dan B 1000			K 40
1967	599734	599745	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 200 en gelijk aan of lager dan B 500			K 20
1968	599756	599760	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde gelijk is aan of lager dan B 200			K 12
B. Voor de verstrekkingen van § 8 die zijn vermeld in de artikelen 3, § 1, klinische biologie, b), 18, § 2, B, e, en 24, § 1 :			
1971	599815	599826	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 6000			K 150
1972	599830	599841	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 3600 en gelijk aan of lager dan B 6000			K 120
1973	599852	599863	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 2400 en gelijk aan of lager dan B 3600			K 100
1974	599874	599885	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 1500 en gelijk aan of lager dan B 2400			K 80
1975	599896	599900	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 1000 en gelijk aan of lager dan B 1500			K 60
1976	599911	599922	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 500 en gelijk aan of lager dan B 1000			K 40
1977	599933	599944	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan B 200 en gelijk aan of lager dan B 500			K 20
1978	599955	599966	
Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde gelijk is aan of lager is dan B 200			K 12 »
§ 3. In artikel 26 van de bijlage bij voorgenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, wordt § 7 vervangen door de volgende bepalingen :			
« § 7. In geval van veelvuldige verstrekkingen die 's nachts of tijdens het weekend dringend bij eenzelfde zieke worden verricht, worden het bijkomend honorarium of de bijkomende honoraria voor 's nachts of tijdens het weekend verrichte verstrekkingen berekend op grond van de som van de honoraria waarin is voorzien voor elk van die verstrekkingen.			

Pour le week-end et les jours fériés, les suppléments sont calculés par période de 24 heures, débutant le matin à 8 heures. Les prestations effectuées par des prestataires appartenant à une même spécialité, travaillant dans le cadre d'un même hôpital ou d'une même institution de soins, sont à considérer comme deux tous distincts : d'une part celui comprenant l'ensemble des prestations dont les honoraires sont estimés en B, d'autre part celui des prestations dont les honoraires sont estimés à l'aide d'une autre lettre-clé. »

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 1985.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 janvier 1985.

BAUDOIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

J.-L. DEHAENE

Voor het weekend en de feestdagen worden de bijkomende honoraria berekend per tijdvak van 24 uur dat begint om 8 uur 's morgens. De verstrekkingen die worden verleend door verstrekkers die tot eenzelfde specialisme behoren en in eenzelfde ziekenhuis of eenzelfde verzorgingsinrichting werken, moeten worden beschouwd als twee afzonderlijke gehelen : eensdeels het geheel dat alle verstrekkingen omvat waarvan de honoraria in B zijn uitgedrukt en anderdeels het geheel van de verstrekkingen waarvan de honoraria in een andere sleutelletter zijn uitgedrukt. »

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking op 1 januari 1985.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 januari 1985.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

J.-L. DEHAENE

BS, 2/4/1985

14 SEPTEMBRE 1984. — Arrêté royal établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. — Errata

A l'annexe au *Moniteur belge* du 29 septembre 1984, n° 190.

Page 63 :

— prestation 2923 255290 255301 : dans le texte néerlandais, il faut lire « 2823 255290 255301 » au lieu de « 2923 255290 255301 ».

Page 64 :

— prestation 2855 255636 255640 : dans le texte néerlandais, il faut lire « 2825 255636 255640 » au lieu de « 2855 255636 255640 ».

Page 97 :

— prestation 9743 296973 296984 : dans le texte français, il faut apposer le signe « ° » devant le mot « Fracture ».

Page 140 :

— Prestation 4011 470142 : il faut lire « 4011 470131 470142 ».

— prestation 4009 470164 : il faut lire : « 4009 470153 470164 ».

Page 245 :

— Au § 7, a), il faut lire :

« 13. — Pied équin valgus avec équinisme fixé de 2 cm au moins et valgus prononcé (632936 — 632940 ou 632855 — 632866 ou 632951 — 632962 ou 632870 — 632881 ou 633312 — 633323 ou 628810 — 628821) ».

Page 246 :

— Au § 7 a), il faut lire : « 29. — De 3 cm au moins (632936 — 632940 ou 632855 — 632866 ou 632951 — 632962 ou 632870 — 632881 ou 633312 — 633323 ou 628810 — 628821) ».

« 30. — De 5 à 8 cm (632973 — 632984 ou 632892 — 632903 ou 632995 — 633006 ou 632914 — 632925 ou 633334 — 633345 ou 628832 — 628843) ».

« 31. — De plus de 8 cm (632995 — 633006 ou 632914 — 632925 ou 633356 — 633360 ou 628854 — 628865) ».

Page 250 :

— A l'avant-dernier alinéa, il faut lire :

« 633312 — 633323 ou 628810 — 628821 » au lieu de « 633312 — 633323 ».

Page 251 :

— Au troisième alinéa, il faut lire :

« 633334 — 633345 ou 628832 — 628843 » au lieu de « 633334 — 633345 ».

— Au neuvième alinéa, il faut lire :

« 633356 — 633360 ou 628854 — 628865 » au lieu de « 633356 — 633360 ».

Page 254 :

— Au § 7 bis, il faut lire : « pour les prestations 628810 — 628821, 628832 — 628843, 628854 — 628865, 632811 — 632822, ... ».

Page 263 :

— Sous k), il faut lire :

« Les prestations 633312 — 633323, 633334 — 633345, 633356 — 633360, 628810 — 628821, 628832 — 628843 et 628854 — 628865 ... », au lieu de « 633312 — 633323, 633334 — 633345 et 633356 — 633360 ... ».

14 SEPTEMBER 1984. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. — Errata

In de bijlage van het *Belgisch Staatsblad* van 29 september 1984, nr. 190.

Bladzijde 63 :

— verstrekking 2923 255290 255301 : in de Nederlandse tekst moet « 2823 255290 255301 » worden gelezen in plaats van « 2923 255290 255301 ».

Bladzijde 64 :

— verstrekking 2855 255636 255640 : in de Nederlandse tekst moet « 2825 255636 255640 » worden gelezen in plaats van « 2855 255636 255640 ».

Bladzijde 97 :

— verstrekking 9743 296973 296984 : in de Franse tekst moet vóór het woord « Fracture » het teken « ° » worden aangebracht.

Bladzijde 140 :

— verstrekking 4011 470142 : moet worden gelezen « 4011 470131 470142 ».

— verstrekking 4009 470164 : moet worden gelezen « 4009 470153 470164 ».

Bladzijde 245 :

— In § 7, a), moet worden gelezen :

« 13. — Pes quinovalgus met gefixeerde equinus van ten minste 2 cm en uitgesproken valgus (632936 — 632940 of 632855 — 632866 of 632951 — 632962 of 632870 — 632881 of 633312 — 633323 of 628810 — 628821) ».

Bladzijde 246 :

— In § 7, a), moet worden gelezen : « 29. — van ten minste 3 cm (632936 — 632940 of 632855 — 632866 of 632951 — 632962 of 632870 — 632881 of 633312 — 633323 of 628810 — 628821) ».

« 30. — van 5 tot 8 cm (632973 — 632984 of 632892 — 632903 of 632995 — 633006 of 632914 — 632925 of 633334 — 633345 of 628832 — 628843) ».

« 31. — van meer dan 8 cm (632995 — 633006 of 632914 — 632925 of 633356 — 633360 of 628854 — 628865) ».

Bladzijde 250 :

— In het voorlaatste lid moet worden gelezen :

« 633312 — 633323 of 628810 — 628821 » in plaats van « 633312 — 633323 ».

Bladzijde 251 :

— In het derde lid moet worden gelezen :

« 633334 — 633345 of 628832 — 628843 » in plaats van « 633334 — 633345 ».

— In het negende lid moet worden gelezen :

« 633334 — 633360 of 628854 — 628865 » in plaats van « 633356 — 633360 ».

Bladzijde 254 :

— In § 7 bis moet worden gelezen : « Voor de verstrekkingen 628810 — 628821, 628832 — 628843, 628854 — 628865, 632811 — 632822, ... ».

Bladzijde 263 :

— Onder k), moet worden gelezen :

« Voor de verstrekkingen 633312 — 633323, 633334 — 633345, 633356 — 633360, 628810 — 628821, 628832 — 628843 en 628854 — 628865 ... », in plaats van « 633312 — 633323, 633334 — 633345 en 633356 — 633360 ... ».

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 84 — 2169

7 DECEMBER 1984. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op de artikelen 12, 6°, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, 24, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965 en 8 augustus 1980 en bij de koninklijke besluiten nr. 10 van 11 oktober 1978, nr. 58 van 22 juli 1982, nr. 132 van 30 december 1982 en nr. 283 van 31 maart 1984, en 24 bis, ingevoegd bij de wet van 7 juli 1966 en gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1980;

Gelet op het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 3 en de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 14 november 1984;

Gelet op het voorstel van de Bestendige commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomsten tussen de verzekeringsinstellingen en de bandagisten;

Gelet op de voorstellen en adviezen op 15 oktober 1984 en 19 november 1984 gedaan en uitgebracht door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat een doeltreffende werking van de Rijksadministratie vergt dat de bepalingen van dit besluit zo spoedig mogelijk worden bekendgemaakt zodat ze vanaf 1 januari 1985 kunnen worden toegepast;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken;

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 3 van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt aangevuld met de volgende bepaling :

« De rangnummers met zes posities waarmee in de bijlage bij dit besluit de geneeskundige verstrekkingen worden aangeduid, moeten pas vanaf 1 april 1985 worden gebruikt. »

Art. 2. In de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 14 november 1984, wordt de datum « 1 januari 1985 » die is vermeld in de tekst die naast verwijzing (1) staat, vervangen door « 1 april 1985 ».

Art. 3. In artikel 28 van de bijlage bij hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1 wordt verstrekking 8315 611730 611741 Y 1004 vervangen door de volgende bepaling :

« 8315 611730 611741

Geïmplanteerde urinaire kunstsfincter, samengesteld uit een opblaasbare manchet, een pomp met controlesysteem en een reservoir dat de druk regelt. »;

2° het wordt aangevuld met de volgende bepalingen :

« § 3 bis. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor verstreking 611730 - 611741 wordt vastgesteld door het College van geneesheren-directeurs.

De aanvraag om tegemoetkoming die aan de inplanting voorafgaat, moet een beschrijving van de te implanteren urinaire kunstsfincter, het merk en het type ervan, alsmede een door de fabrikant of invoerder opgemaakt bestek met vermelding van de kostprijs van het toestel omvatten.

Ze moet een omstandig verslag omvatten dat door de uroloog die de inplanting verricht, is opgemaakt betreffende de causale pathologie en de elementen die het voorgestelde materieel verantwoorden.

MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

F. 84 — 2169

7 DECEMBRE 1984. — Arrêté royal modifiant 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

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 12, 6°, modifié par la loi du 24 décembre 1963, 24, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965 et 8 août 1980 et par les arrêtés royaux n° 10 du 11 octobre 1978, n° 58 du 22 juillet 1982, n° 132 du 30 décembre 1982 et n° 283 du 31 mars 1984, et 24 bis, inséré par la loi du 7 juillet 1966 et modifié par la loi du 8 août 1980;

Vu 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 notamment l'article 3 et l'annexe au même arrêté modifiée par l'arrêté royal du 14 novembre 1984;

Vu la proposition de la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions entre les organismes assureurs et les bandagistes;

Vu les propositions et avis formulés le 15 octobre 1984 et le 19 novembre 1984 par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les dispositions du présent arrêté soient publiées au plus tôt afin d'en permettre l'application au 1er janvier 1985;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales;

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. L'article 3 de 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 est complété par la disposition suivante :

« Toutefois, les numéros d'ordre à six positions désignant les prestations de santé dans l'annexe au présent arrêté ne devront être utilisés qu'à partir du 1er avril 1985. »

Art. 2. Dans l'annexe au même arrêté, modifiée par l'arrêté royal du 14 novembre 1984, la date du « 1er janvier 1985 » mentionnée dans le texte figurant en regard des renvois (1) est remplacée par la date du « 1er avril 1985 ».

Art. 3. A l'article 28 de l'annexe au même arrêté sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1er, la prestation 8315 611730 611741 Y 1004 est remplacée par la disposition suivante :

« 8315 611730 611741

Sphincter urinaire artificiel implanté composé d'une manchette gonflable, d'une pompe avec système de contrôle et d'un réservoir régulateur de pression. »;

2° il est complété par les dispositions suivantes :

« § 3 bis. Le montant de l'intervention de l'assurance pour la prestation 611730 - 611741 est fixé par le Collège des médecins-directeurs. »

La demande d'intervention préalable à l'implantation comportera une description du sphincter urinaire artificiel à implanter, sa marque et son type ainsi qu'un devis établi par le fabricant ou l'importateur précisant le coût de l'appareil.

Elle comportera un rapport circonstancié établi par l'urologue implanteur concernant la pathologie causale et les éléments justifiant le matériel préconisé.

Er mag alleen een tegemoetkoming worden toegestaan voor de urine-incontinenties die voortvloeien uit een sfincterinsufficiëntie die is geobjectiveerd met een omstandig geneeskundig verslag, dat met name een urodynamisch onderzoek omvat (waaronder een urethrocytometrie en een momentopname van de mictie met gelijk-tijdige E.M.G. van de sfincter).

In dat verslag moet worden onderstreept :

1° dat het gaat om een incontinentie die ten minste al één jaar duurt en weerstand biedt aan de klassieke behandeling;

2° dat het gaat om patiënten wier behendigheid, geestesniveau en motivering een doeltreffend gebruik van apparaatuur mogelijk maken;

3° dat de algemene toestand van de patiënt geen contra-indicatie is voor het inplanten en het duurzaam gebruik van het toestel.

Zijn uitgesloten van de tegemoetkoming, de verzekerden met :

— een ernstige hyperreflexie die farmacologisch niet kan worden beheerst;

— een organische microblaas;

— een urinaire infectie die niet kan worden beheerst;

— lithiasis in de onderste urinewegen;

— een ernstige vesico-ureterale reflux;

— een obstructie van de lage urinewegen. »

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1985.

Wat artikel 3 van dit besluit betreft, kan de verzekering evenwel, op verzoek van de betrokken rechthebbenden, onder de in dat artikel vastgestelde voorwaarden tegemoet komen in de kosten van de urinaire kunstsfincters die zijn geïmplanterd tijdens het tijdvak dat aanvangt op 1 januari 1983 en eindigt op 31 december 1984

Art. 5. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 7 december 1984.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
J.-L. DEHAENE

Une intervention ne pourra être autorisée que pour les incontinences urinaires résultant d'une insuffisance sphinctérielle objectivée par un rapport médical détaillé comportant notamment un examen urodynamique (dont une urétrocystométrie et un instantané mictionnel avec E.M.G. sphinctériens simultanés).

Ce rapport mettra en évidence :

1° qu'il s'agit d'une incontinence durant depuis au moins un an et résistante aux traitements classiques;

2° qu'il s'agit de patients dont la dextérité, le niveau mental et la motivation permettent l'utilisation efficace de l'appareillage;

3° que l'état général du patient ne constitue pas une contre-indication à l'implantation et à l'utilisation durable de l'appareil.

Sont exclus du bénéfice de l'intervention, les assurés qui présentent :

— une hyperréflexie sévère non contrôlable pharmacologiquement;

— une microvessie organique;

— une infection urinaire incontrôlable;

— une lithiase des voies urinaires inférieures;

— un reflux vésico-urétéral important;

— une obstruction des voies urinaires basses. »

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 1985.

Toutefois, concernant l'article 3 du présent arrêté, l'assurance peut, à la demande des bénéficiaires concernés, intervenir dans les conditions fixées audit article, dans le coût des sphincters urinaires artificiels implantés pendant la période débutant le 1er janvier 1983 et se terminant le 31 décembre 1984.

Art. 5. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 7 décembre 1984.

BAUDOUIN

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,
J.-L. DEHAENE