

12 AUGUSTUS 1994. — 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

ALBERT II, 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 verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 24, § 2, gewijzigd bij de wet van 15 februari 1993;

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 de artikelen 10, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 22 juli 1988 en 22 januari 1991, 11, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991 en 2 september 1992, 13, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 19 december 1991 en 17 juli 1992, 14, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 30 en 31 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 21 december 1988, 23 oktober 1989, 7 december 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991 en 2 september 1992, 15, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 2 juli 1986, 22 juli 1988 en 22 januari 1991, 16, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 januari 1987 en 22 januari 1991, 20, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 7 december 1989, 14 december 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 3 oktober 1991, 19 december 1991 en 2 september 1992, 22, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991 en 17 juli 1992, 23, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 22 januari 1991, 25, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 11 januari 1988, 22 juli 1988, 21 december 1988, 14 december 1989, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991, 5 maart 1992 en 17 juli 1992, 26, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986, 28 november 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 21 december 1988, 13 november 1989, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991 en 22 oktober 1992, 34, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 januari 1991 en 19 december 1991;

Gelet op de voorstellen van de Technische geneeskundige raad gedaan tijdens zijn vergaderingen van 23 maart, 13 juli, 9 en 23 november 1993;

Gelet op het advies uitgebracht door de Dienst voor geneeskundige controle op 6 december 1993;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneešheren-ziekenfondsen van 13 december 1993;

Gelet op de beslissing van het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 21 februari 1994;



12 AOUT 1994. — 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

ALBERT II, 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 soins de santé et indemnités, notamment l'article 24, § 2, modifié par la loi du 15 février 1993;

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 10, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 juillet 1988 et 22 janvier 1991, 11, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991 et 2 septembre 1992, 13, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 19 décembre 1991 et 17 juillet 1992, 14, modifié par les arrêtés royaux des 14 novembre 1984, 23 mai 1985, 30 et 31 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 21 décembre 1988, 23 octobre 1989, 7 décembre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991 et 2 septembre 1992, 15, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 2 juillet 1986, 22 juillet 1988 et 22 janvier 1991, 16, modifié par les arrêtés royaux des 7 janvier 1987 et 22 janvier 1991, 20, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 7 décembre 1989, 14 décembre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 3 octobre 1991, 19 décembre 1991 et 2 septembre 1992, 22, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991 et 17 juillet 1992, 23, modifié par l'arrêté royal du 22 janvier 1991, 25, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 11 janvier 1988, 22 juillet 1988, 21 décembre 1988, 14 décembre 1989, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 5 mars 1992 et 17 juillet 1992, 26, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986, 28 novembre 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 21 décembre 1988, 13 novembre 1989, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991 et 22 octobre 1992, 34, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991 et 19 décembre 1991;

Vu les propositions du Conseil technique médical formulées au cours de ses réunions des 23 mars, 13 juillet, 9 et 23 novembre 1993;

Vu l'avis émis par le Service du contrôle médical en date du 6 décembre 1993;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 13 décembre 1993;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 21 février 1994;

Gelet op het advies van de Raad van State;
Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 10, § 1, 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, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1988, 22 juli 1988 en 22 januari 1991, worden de woorden « specialist in de anesthesiologie » vervangen door « specialist in de anesthesie-reanimatie » en de woorden « specialist in de revalidatie » door « specialist in de functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten ».

Art. 2. In artikel 11 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991 en 2 september 1992 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1 wordt na de verstrekking nr. 354196-354200 volgende verstrekking ingevoegd :

« 354255-354266

Plaatsen van een centrale veneuze of epidermale holle catheter door blootleggen of door jugulaire punctie (buiten de narcose) met tunnelling bij een kind jonger dan 7 jaar K 30 ».

2° In § 4,

1. wordt de relatieve waarde « K 30 » van de verstrekking nr. 355751-355762 gewijzigd in « K 50 »;

2. wordt na de verstrekking nr. 355891-355902 volgende verstrekking ingevoegd :

« 355950-355961

Percutane gastrostomie onder endoscopische controle met het oog op het plaatsen van een sonde voor enterale voeding K 100 ».

Art. 3. In artikel 13, § 1, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 19 december 1991 en 17 juli 1992, wordt de 1e alinea aangevuld met « of neurologie ».

Art. 4. In artikel 14 van dezelfde bijlage gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 30 en 31 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 21 december 1988, 23 oktober 1989, 7 december 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991 en 2 september 1992 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In littera g) wordt na de verstrekking nr. 432331-432342 volgende verstrekking ingevoegd :

« 432471-432482

Salpingotomie met aspiratie van trofoblast door laparoscopie K 120 ».

2° In littera j) wordt na de verstrekking nr. 255312-255323 volgende verstrekking ingevoegd :

« 258915-258926

Diagnostische elektrostimulatie van het promontoorium tavi tympani met het oog op het plaatsen van een cochleo-implantaat K 75 ».

3° In littera k),

1. in I, § 2, C, 1°, c), wordt volgende verstrekking toegevoegd :

« 296715-296726

Supplement voor de contentie van een breuk met een stift N 50 ».

2. in III, b),

a) wordt na de verstrekking nr. 300333-300344 volgende verstrekking ingevoegd :

« 300370-300381

Acromioclaviculaire arthroplastiek N 200 »;

b) wordt de eerste toepassingsregel die volgt op de verstrekking nr. 300333-300344 aangevuld met het nr. 300370-300381;

c) wordt in de tweede toepassingsregel die volgt op de verstrekking nr. 300333-300344, het nr. 300370-300381 ingevoegd na het nr. 300333-300344.

4° In littera l),

1. wordt de omschrijving en de relatieve waarde van de verstrekking nr. 312152-312163 als volgt gewijzigd :

« 312152-312163

Desinclusie en extractie van een geïmpacteerde of geretineerde tand door pericoronaire beenderresectie en/of tand-osteotomie, al dan niet met voorafgaande trepanatie K 120 »;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. A l'article 10, § 1er, 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, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 juillet 1988 et 22 janvier 1991, les mots « spécialiste en anesthesiologie » sont remplacés par « spécialiste en anesthesie-réanimation » et les termes « spécialiste en rééducation fonctionnelle » sont respectivement remplacés par « spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés ».

Art. 2. A l'article 11, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991 et 2 septembre 1992, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1er, la prestation suivante est insérée après la prestation n° 354196-354200 :

« 354255-354266

Mise en place d'un cathéter veineux central ou épicaucanéocave, par dénudation ou par ponction jugulaire (en dehors de la narcose) avec tunnelling chez l'enfant de moins de 7 ans K 30 ».

2° Au § 4,

1. la valeur relative « K 30 » de la prestation n° 355751-355762 est modifiée en « K 50 »;

2. la prestation suivante est insérée après la prestation n° 355891-355902 :

« 355950-355961

Gastrostomie percutanée sous contrôle endoscopique en vue du placement d'une sonde d'alimentation entérale K 100 ».

Art. 3. A l'article 13, § 1er, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 19 décembre 1991 et 17 juillet 1992, le 1er alinéa est complété par « ou neurologie ».

Art. 4. A l'article 14, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 14 novembre 1984, 23 mai 1985, 30 et 31 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 21 décembre 1988, 23 octobre 1989, 7 décembre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991 et 2 septembre 1992, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au littera g), la prestation suivante est insérée après la prestation n° 432331-432342 :

« 432471-432482

Salpingotomie avec aspiration de trophoblaste, par laparoscopie K 120 ».

2° Au littera j), la prestation suivante est insérée après la prestation n° 255312-255323 :

« 258915-258926

Electrostimulation diagnostique du promontoire de l'oreille, en vue du placement d'un implant cochléaire .. K 75 ».

3° Au littera k),

1. au I, § 2, C, 1°, c), la prestation suivante est insérée :

« 296715-296726

Supplément pour la contention d'une fracture par broche N 50 ».

2. au III, b),

a) la prestation suivante est insérée après la prestation n° 300333-300344 :

« 300370-300381

Arthroplastie acromio-claviculaire N 200 »;

b) la première règle d'application suivant la prestation n° 300333-300344 est complétée par le n° 300370-300381;

c) la deuxième règle d'application suivant la prestation 300333-300344, le n° 300370-300381 est inséré après le n° 300333-300344.

4° Au littera l),

1. le libellé et la valeur relative de la prestation n° 312152-312163 sont modifiés comme suit :

« 312152-312163

Désinclusion et extraction d'une dent incluse par résection osseuse pericoronaire et/ou ostéotomie dentaire avec ou sans trepanation préalable K 120 »;

2. wordt de relatieve waarde « K 450 » van de verstrekking nr. 317295-317306 gewijzigd in « K 500 ».

5° In littera m) wordt de tekst die aanvangt met « Op voorwaarde dat de rechthebbende... » en eindigt op « ...bij de donoren zijn verricht » vervangen door :

« Op voorwaarde dat de rechthebbende vóór de transplantatie is ingeschreven op een wachtlijst die door het College van geneesheren-directeuren bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt bijgehouden, kan het College een bijkomende tegemoetkoming toekennen voor de eventuele bijkomende kosten in verband met vervoer van het in het buitenland afgenomen orgaan naar het transplantatiecentrum en van de medische ploeg die het donororgaan in een buitenlandse verzorgingsinstelling afneemt.

Een tegemoetkoming in de kosten gemoeid met de typering van potentiële donoren die in het buitenland is verricht met het oog op het vinden van een compatibele donor voor een beenmergtransplantatie, kan door het College worden toegekend voor voorwaarde dat de rechthebbende op genoemde lijst is ingeschreven vooraleer met de typeringen in het buitenland wordt begonnen en op voorwaarde dat wordt aangegeven dat het nationaal register van de kandidaten-beenmergdonoren is geraadpleegd.

Een tegemoetkoming in de kosten voor het vervoer en de verzekering van een buitenlandse donor van beenmerg mag onder dezelfde voorwaarden worden toegestaan.

Het bedrag voor de bijkomende tegemoetkoming voor onkosten wordt vastgesteld door het genoemde College op basis van een via de verzekeringsinstelling ingediende individuele aanvraag die is gestaafd met een uitvoerig medisch verslag en de gedetailleerde onkostenstaten omvat. De tegemoetkoming mag de kosten van de beschrijving in een register van kandidaat receptoren niet dekken.

De inschrijving van de receptor als transplantatie kandidaat op de lijst van het College van geneesheren-directeuren gebeurt vanwege het transplantatiecentrum via eenvoudige melding met de nodige gegevens inzake de identiteit van de rechthebbende en van het centrum en de aard van de transplantatie.

Wanneer het gaat om nieren die zijn afgenomen bij levende donoren, worden de verrichte verstrekkingen en de kosten voor ziekenhuisverpleging aangerekend aan de receptor, met dien verstande dat er wordt gespecificeerd dat ze betrekking hebben op de donor. Hetzelfde geldt in geval van beenmergenten. »

Art. 5. In artikel 15 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 2 juli 1986, 22 juli 1988 en 22 januari 1991, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° Paragraaf 7 wordt vervangen door de volgende bepalingen :

« Alle aanvragen met betrekking tot radiumhoudende prothesen, obturators, prothesen voor breuk en ankylose, maxillofaciale prothesen, dilatators, mobilisators moeten via de verzekeringsinstelling aan de Technische tandheeskundige raad worden gezonden met een formulier dat door de praktiserende is ingevuld en ondertekend en waarvan het model is opgenomen in de bijlage 72 bij het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Ze mogen enkel worden gehonoreerd indien de Raad daartoe toestemming heeft verleend ten belope van het door hem vastgestelde bedrag binnen de perken van de voor die toestellen vastgestelde bedragen.

Waar het gaat om de aanvragen betreffende de toestellen voor de behandeling van algodysfunctioneel syndroom van het temporo-mandibulair gewricht kan de verzekeringstegemoetkoming slechts worden overwogen als de vóór de behandeling genomen afgietsels van de bovenste en onderste tandboog alsmede het afgietsel van de tandboog die met het correctietoestel is toegerust, alle drie beschikbaar zijn.

De Technische tandheeskundige raad kan eisen dat die afgietsels, die door de praktiserende moeten worden bewaard, worden bezorgd. »

2° In § 13, wordt de 2e alinea vervangen door de volgende bepaling :

« Alle aanvragen om vergoeding betreffende de verstrekking nr. 312756-312760 moeten via de verzekeringsinstelling aan het College van geneesheren-directeuren worden gezonden met een formulier waarin een gedetailleerde verantwoording en een preciese raming van de kosten van de heeskundige behandeling en van de implantaten is opgenomen en waarvan het model wordt vastgesteld door voornoemd College. »

Art. 6. In artikel 16, § 5, van dezelfde bijlage gewijzigd bij het koninklijk besluit van 22 januari 1991 worden de 1e en de 2e alinea's vervangen door de onderstaande bepalingen :

« Voor de operatieve hulp tijdens de heeskundige verstrekkingen of interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole waarvan de betrekkelijke waarde gelijk is aan of hoger dan

2. la valeur relative « K 450 » de la prestation n° 317295-317306 est modifiée en « K 500 ».

5° Au littera m), le texte commençant par « A la condition que le bénéficiaire... » et se terminant par « ...ont été effectués sur le donneur » est remplacé par :

« A la condition que le bénéficiaire soit inscrit avant la transplantation sur une liste d'attente tenue à jour par le Collège des médecins-directeurs au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, le Collège peut accorder un complément d'intervention pour les frais supplémentaires éventuels relatifs au transport de l'organe prélevé à l'étranger vers le centre de transplantation et de l'équipe médicale qui prélève l'organe du donneur dans un établissement de soins étranger.

Une intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels effectué à l'étranger en vue de trouver un donneur compatible pour une transplantation de moelle osseuse peut être accordée par le Collège à la condition que le bénéficiaire ait été inscrit sur la liste précitée avant que ne commencent les typages à l'étranger, et à la condition qu'il soit fait état de ce que le registre national des candidats donneurs de moelle osseuse a été consulté.

Une intervention dans les frais relatifs au transport ainsi qu'à l'assurance d'un donneur étranger de moelle osseuse peut être accordée dans les mêmes conditions.

Le montant de l'intervention supplémentaire dans les frais est fixé par ledit Collège sur la base d'une demande individuelle introduite via l'organisme assureur, étayée par un rapport médical circonstancié et comprenant les états de frais détaillés. L'intervention ne peut pas couvrir les frais d'inscription à un registre de candidats receveurs.

L'inscription du receveur comme candidat à une transplantation, sur la liste du Collège des médecins-directeurs est faite par le centre de transplantation au moyen d'une simple communication des données nécessaires relatives à l'identité du bénéficiaire et du centre et à la nature de la transplantation.

Lorsqu'il s'agit de reins prélevés sur des donneurs vivants, les prestations effectuées et les frais d'hospitalisation sont portés en compte au receveur étant entendu qu'il soit spécifié qu'ils sont relatifs au donneur. Il en est de même en cas de greffe de moelle osseuse. »

Art. 5. A l'article 15, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 2 juillet 1986, 22 juillet 1988 et 22 janvier 1991, sont apportées les modifications suivantes :

1° Le § 7 est remplacé par la disposition suivante :

« 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, au moyen du formulaire complet et signé par le praticien et dont le modèle figure à l'annexe 72 de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. Elles ne peuvent être honorées que si elles ont été autorisées par le Conseil à concurrence du montant fixé par lui et dans les limites des montants fixés pour ces appareils.

En ce qui concerne les demandes relatives aux appareils destinés au traitement du syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire, l'intervention de l'assurance ne pourra être envisagée que si les moulages des arcades dentaires supérieure et inférieure pris avant le traitement, et le moulage de l'arcade dentaire munie de l'appareil correcteur sont tous les trois disponibles.

Le Conseil technique dentaire peut exiger la communication de ces moulages, qui devront être conservés par le praticien. »

2° Au § 13, le 2e alinéa est remplacé par la disposition suivante :

« Toutes les demandes de remboursement relatives à la prestation n° 312756-312760 doivent être adressées au Collège des médecins-directeurs, par la voie de l'organisme assureur, au moyen d'un formulaire comportant une justification détaillée et une évaluation précise des frais du traitement chirurgical et des implants et dont le modèle est fixé par le Collège précité. »

Art. 6. A l'article 16, § 5, de la même annexe modifié par l'arrêté royal du 22 janvier 1991, les 1er et 2e alinéas sont remplacés par la disposition suivante :

« Pour l'aide opératoire au cours des prestations chirurgicales ou des prestations interventionnelles sous contrôle d'imagerie médicale dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 120 ou N 200

K 120 of N 200 of I 200, wordt het forfaitair honorarium vastgesteld op 10 pct. van de betrekkelijke waarde van de verrichte verstreking, ongeacht de bekwaamheid van de geneesheer die bij de ingreep helpt.»

« Het honorarium voor operatieve hulp mag noch voor de diagnostische endoscopische handelingen, noch voor de onbloedige ingrepen worden vergoed.»

Art. 7. In artikel 20, § 1, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 23 oktober 1989, 7 december 1989, 14 december 1989, 10 juli 1990, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 3 oktober 1991, 19 december 1991 en 2 september 1992 worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° In littera c),

a) worden de omschrijving en de relatieve waarde van de verstreking nr. 473712-473723 als volgt gewijzigd:

« 473712-473723

Plaatsen van een dilatatieprothese van de galwegen door fibroduodenoscopie K 270 »;

b) wordt de toepassingsregel die volgt op de verstreking nr. 473712-473723 vervangen door de volgende bepaling:

« Het honorarium voor de verstreking nr. 473712-473723 dekt niet de kosten van de endoluminale stent of van de prothese.»

2° In littera d),

a) wordt de omschrijving van de volgende verstrekingen als volgt gewijzigd:

474014-474025

« ** Punctie van koud abces bij kind jonger dan zeven jaar »

474036-474040

« ** Punctie van ascitisvocht bij kind jonger dan zeven jaar »

474051-474062

« ** Femorale, jugulaire of longitudinale sinus-punctie bij kind jonger dan zeven jaar »

474095-474106

« ** Lumbale punctie met manometrie bij kind, jonger dan zeven jaar »

474110-474121

« ** Beenmergpunctie bij kind jonger dan zeven jaar »

474132-474143

« ** Pericardiale punctie bij kind jonger dan zeven jaar »

474154-474165

« ** Pleurale punctie bij kind jonger dan zeven jaar »

474176-474180

« ** Ventriculaire of subdurale punctie met of zonder inspuiting, bij kind jonger dan zeven jaar »

474191-474202

« ** Punctie van slagader of ader na blootleggen van bloedvat bij kind jonger dan zeven jaar »

474213-474224

« ** Pleurale of peritoneale punctie voor evacuatie, met of zonder spoeling, met of zonder inspuiting, bij kind jonger dan zeven jaar »

474235-474246

« ** Suboccipitale of cervicale punctie met of zonder medicamenteuze inspuiting bij kind, jonger dan zeven jaar »

474250-474261

« ** Maagcatheterisatie bij kind jonger dan zeven jaar »

474272-474283

« ** Duodenumcatheterisatie bij kind jonger dan zeven jaar »

474294-474305

« ** Intraveneuze transfusie of perfusie bij kind jonger dan zeven jaar »

474493-474504

« Biopsieën van duodenum en/of van dunne darm door sonde, inclusief radioscopie, bij kind, jonger dan zeven jaar »

b) wordt de verstreking nr. 474316-474320 geschrapt;

ou I 200, les honoraires sont forfaitairement fixés à 10 p.c. de la valeur relative 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 diagnostiques, ni pour les interventions non sanglantes.»

Art. 7. A l'article 20, § 1er, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 7 décembre 1989, 14 décembre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 3 octobre 1991, 19 décembre 1991 et 2 septembre 1992, sont apportées les modifications suivantes:

1° Au littera c),

a) le libellé et la valeur relative de la prestation n° 473712-473723 sont modifiés comme suit:

« 473712-473723

Placement d'une prothèse de dilatation des voies biliaires par fibroduodéoscopie K 270 »;

b) la règle d'application qui suit la prestation n° 473712-473723 est remplacée par la disposition suivante:

« Les honoraires pour la prestation n° 473712-473723 ne couvrent pas les frais du stent endoluminal ou de la prothèse.»

2° Au littera d),

a) les libellés des prestations suivantes sont modifiés comme suit:

474014-474025

« ** Ponction d'abcès froid chez l'enfant de moins de sept ans »

474036-474040

« ** Ponction d'ascite chez l'enfant de moins de sept ans »

474051-474062

« ** Ponction fémorale, jugulaire ou du sinus longitudinal chez l'enfant de moins de sept ans »

474095-474106

« ** Ponction lombaire avec manométrie chez l'enfant de moins de sept ans »

474110-474121

« ** Ponction médullaire chez l'enfant de moins de sept ans »

474132-474143

« ** Ponction péricardique chez l'enfant de moins de sept ans »

474154-474165

« ** Ponction pleurale chez l'enfant de moins de sept ans »

474176-474180

« ** Ponction ventriculaire ou sous-durale avec ou sans injection chez l'enfant de moins de sept ans »

474191-474202

« ** Ponction artérielle ou veineuse, après dénudation du vaisseau, chez l'enfant de moins de sept ans »

474213-474224

« ** Ponction évacuatrice de plevre ou du péritoine, avec ou sans lavage, avec ou sans injection, chez l'enfant de moins de sept ans »

474235-474246

« ** Ponction sous-occipitale ou cervicale, avec ou sans injection medicamenteuse chez l'enfant de moins de sept ans »

474250-474261

« ** Tubage gastrique chez l'enfant de moins de sept ans »

474272-474283

« ** Tubage duodéal chez l'enfant de moins de sept ans »

474294-474305

« ** Transfusion ou perfusion intraveineuse chez l'enfant de moins de sept ans »

474493-474504

« Biopsies du duodénum et/ou de l'intestin grêle par sonde, radioscopie comprise, chez un enfant de moins de sept ans »

b) la prestation n° 474316-474320 est supprimée;

c) wordt de volgende verstrekking en toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking nr. 474390-474401 :

« 474633-474644

Bijkomend honorarium voor tracheobronchiale aspiratie bij een patiënt die in een dienst N of n verblijft, naar aanleiding van de verstrekkingen nrs. 211013-211024, 211035-211046. K 35 ».

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking nr. 474633-474644 is slechts eens per dag verschuldigd.

d) wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 474552-474563 als volgt gewijzigd :

« 474552-474563

Continu en gelijktijdig registreren dat ten minste het E.E.G., het E.O.G., het E.C.G., de continue oxymetrie en twee ademhalingsparameters omvat K 180 »;

e) wordt volgende toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 474552-474563 :

« De verzekeringstegemoetkoming voor de prestatie nr. 474552-474563 is slechts eens per jaar verschuldigd, met uitzondering voor de rechthebbende bij dewelke de prestatie nr. 474552-474563 de aanwezigheid van een manifeste pathologie, die een apnea-monitoring noodzaakt, heeft bewezen. »;

f) wordt de verstrekking nr. 474574-474585 geschrapt;

g) wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking nr. 474574-474585 als volgt gewijzigd :

« De verstrekkingen nrs. 474530-474541 en 474552-474563 mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 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. Gedurende een zelfde tijdvak van ziekenhuisverpleging mag maar één van de verstrekkingen nrs. 474541, 474563 en 477385 worden aangerekend; de herhaling van de verstrekking nr. 474541 mag pas na een tijdvak van twee maanden worden aangerekend. »

3° In littera e), wordt na de verstrekking nr. 476630-476641 de volgende verstrekking ingevoerd :

« 476652-476663

« Hartcatheterisatie met endomyocardiopsie langs veneuze weg K 150 ».

4° In littera f):

a) wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 477374-477385 als volgt gewijzigd :

« Continu en gelijktijdig registreren dat ten minste het E.E.G., het E.O.G., het E.C.G., de continue oxymetrie en twee ademhalingsparameters omvat K 180 »;

b) wordt na de verstrekking nr. 477374-477385 volgende toepassingsregel ingevoegd :

« De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking nr. 477374-477385 is slechts eens per jaar verschuldigd. »;

c) wordt de verstrekking nr. 477396-477400 geschrapt.

d) wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking nr. 477396-477400 als volgt gewijzigd :

« De verstrekking nr. 477374-477385 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 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.

Gedurende eenzelfde tijdvak van ziekenhuisverpleging mag maar één van de verstrekkingen nrs. 474541, 474563 en 477385 worden aangerekend; de herhaling van de verstrekking nr. 474541 mag pas na een tijdvak van twee maanden worden aangerekend. »

Art. 8. In artikel 22, I, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 22 januari 1991 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° wordt de relatieve waarde « K 65 » van de verstrekking nr. 558633-558644 gewijzigd in « K 50 »;

2° wordt na de verstrekking nr. 558633-558644 de volgende verstrekking ingevoegd :

« 558854-558865

Driedimensionele studie van een aangetoonde misvorming van de wervelkolom met een optische scanner, met grafische en kwantitatieve weergave van de gegevens K 50 »;

3° wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking nr. 558633-558644 als volgt gewijzigd :

« De verstrekkingen nrs. 558633-558644 en 558854-558865 mogen behoudens voorafgaande instemming van de adviserend-geneesheer, slechts één keer per jaar worden aangerekend. »

c) la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation n° 474390-474401 :

« 474633-474644

Supplément pour aspiration trachéobronchique réalisée chez un patient séjournant au service N ou n, à l'occasion des prestations n°s 211013-211024, 211035-211046 K 35 ».

L'intervention de l'assurance pour la prestation n° 474633-474644 est limitée à une fois par jour.

d) le libellé de la prestation n° 474552-474563 est modifié comme suit :

« 474552-474563

Enregistrement continu et simultané comprenant au moins l'E.E.G., l'E.O.G., l'E.C.G., l'oxymétrie continue et 2 paramètres respiratoires K 180 »;

e) la règle d'application suivante est ajoutée après la prestation n° 474552-474563 :

« L'intervention de l'assurance pour la prestation n° 474552-474563 est limitée à une seule fois par an, sauf pour le bénéficiaire chez lequel la prestation n° 474552-474563 a prouvé la présence d'une pathologie manifeste nécessitant un monitoring apnéique. »;

f) la prestation n° 474574-474585 est supprimée;

g) la règle d'application suivant la prestation n° 474574-474585 est modifiée comme suit :

« Les prestations n°s 474530-474541 et 474552-474563 ne sont pas cumulables avec 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. Pendant une même période d'hospitalisation, une seule des prestations n°s 474541, 474563 et 477385 peut être portée en compte; la répétition de la prestation n° 474541 ne peut être portée en compte qu'après une période de deux mois. »

3° Au littera e) la prestation suivante est insérée après la prestation n° 476630-476641 :

« 476652-476663

« Cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse K 150 ».

4° Au littera f):

a) le libellé de la prestation n° 477374-477385 est modifié comme suit :

« Enregistrement continu et simultané comprenant au moins l'E.E.G., l'E.O.G., l'E.C.G., l'oxymétrie continue et 2 paramètres respiratoires K 180 »;

b) la règle d'application suivante est ajoutée après la prestation n° 477374-477385 :

« L'intervention de l'assurance pour la prestation n° 477374-477385 est limitée à une fois par an. »;

c) la prestation n° 477396-477400 est supprimée.

d) la règle d'application qui suit la prestation n° 477396-477400 est modifiée comme suit :

« La prestation n° 477374-477385 n'est pas cumulable avec 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.

Pendant une même période d'hospitalisation, seule une des prestations n°s 474541, 474563 et 477385 peut être portée en compte; la répétition de la prestation n° 474541 ne peut être portée en compte qu'après une période de deux mois. »

Art. 8. A l'article 22, I, de la même annexe, modifié par l'arrêté royal du 22 janvier 1991, sont apportées les modifications suivantes :

1° la valeur relative « K 65 » de la prestation n°558633-558644 est modifiée en « K 50 »;

2° la prestation suivante est insérée après la prestation n° 558633-558644 :

« 558854-558865

Etude tridimensionnelle par scanner optique d'une déformation démontrée du rachis, avec tracé graphique et quantitatif des données K 50 »;

3° la règle d'application suivant la prestation n° 558633-558644 est modifiée comme suit :

« Les prestations n°s 558633-558644 et 558854-558865 ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par an sauf accord préalable du médecin conseil. »

Art. 9. In artikel 23, § 6, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 22 januari 1991 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° wordt na de 1e alinea de volgende bepaling ingelast:

« De in de verstrekkingen nrs. 558810 en 558832 bedoelde behandeling mag pas na het verkrijgen van die instemming worden aangevat. »;

2° wordt na de 4e alinea de volgende bepaling ingevoerd:

« De honoraria voor de verstrekkingen nrs. 558810-558821 en 558832-558843 mogen niet worden aangerekend voor de revalidatie van hartpatiënten. »

Art. 10. In artikel 25 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 11 januari 1988, 22 juli 1988, 21 december 1988, 14 december 1989, 22 januari 1991, 7 juni 1991, 19 december 1991, 5 maart 1992 en 17 juli 1992 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In § 1,

1. wordt de omschrijving en de relatieve waarde van de verstrekking nr. 599001 als volgt gewijzigd:

« vanaf de 1e dag, voor het hele tijdvak van opening, per dag C 21,5 »;

2. wordt de verstrekking nr. 599023 geschrapt;

3. wordt de omschrijving en de relatieve waarde van de verstrekking nr. 599222 als volgt gewijzigd:

« vanaf de 1e dag, voor het hele tijdvak van opening, per dag C 21,5 »;

4. worden de verstrekkingen nrs. 599244 en 599266 geschrapt;

5. worden na de verstrekking nr. 599266 de volgende verstrekkingen ingevoegd:

« Honorarium voor toezicht op de in een dienst Tf opgenomen of in een gezinsverpleging verblijvende patiënt, uitgevoerd door een geneesheer die is erkend als specialist voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie.

599325

de eerste vijf dagen, per dag C 16

599340

van de zesde tot en met de zestigste dag, per dag C 6

599362

vanaf de eenenzestigste dag tot op het einde van de zesde maand hospitalisatie, per dag C 3

Honorarium voor toezicht op de in een dienst Sp opgenomen rechthebbende, ongeacht de bekwaaming van de geneesheer aan wie het verschuldigd is:

599384

de eerste vijf dagen, per dag C 12

599406

van de zesde tot en met de twaalfde dag, per dag C 6

599421

van de dertiende dag tot het einde van de zesde maand, per dag C 3 »;

6. wordt de relatieve waarde « C 20 » van de verstrekking nr. 599303 gewijzigd in « C 27 »;

7. worden na de verstrekking nr. 599303 de volgende verstrekkingen en toepassingsregel ingevoerd:

« Liaison psychiatrie

599443

Honorarium voor het eerste psychiatrisch onderzoek, uitgevoerd binnen de dienst waar een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende verblijft, door een geneesheer specialist voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie op voorschrift van de geneesheer die op hem toezicht uitoefent, met schriftelijke bilan dat is opgenomen in het medisch dossier C 30

599465

Honorarium voor het navolgend psychiatrisch onderzoek en/of behandeling door een geneesheer specialist voor neuropsychiatrie of psychiatrie binnen de dienst waar de patiënt verblijft C 20

599480

Coördinatiehonorarium voor de opname, de behandeling, het toezicht en de voorbereiding op de terugkeer naar huis, door een geneesheer-specialist, die volledig verantwoordelijk is voor een patiënt in een afdeling van een dagziekenhuis C 40

Art. 9. A l'article 23, § 6, de la même annexe, modifié par l'arrêté royal du 22 janvier 1991 sont apportées les modifications suivantes:

1° la disposition suivante est insérée après le 1er alinéa:

« Le traitement visé aux prestations n° 558810 et 558832 ne peut être entamé qu'après obtention de cet accord. »;

2° la disposition suivante est ajoutée après le 4e alinéa:

« Les honoraires pour les prestations n°s 558810-558821 et 558832-558843 ne peuvent être portés en compte pour la rééducation fonctionnelle de patients cardiaques. »

Art. 10. A l'article 25 de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 11 janvier 1988, 22 juillet 1988, 21 décembre 1988, 14 décembre 1989, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 5 mars 1992 et 17 juillet 1992, sont apportées les modifications suivantes:

1° Au § 1er,

1. le libellé et la valeur relative de la prestation n° 599001 sont modifiés comme suit:

« à partir du 1er jour, pendant toute l'hospitalisation, par jour C 21,5 »;

2. la prestation n° 599023 est supprimée;

3. le libellé et la valeur relative de la prestation n° 599222 sont modifiés comme suit:

« à partir du 1er jour, pendant toute l'hospitalisation, par jour C 21,5 »;

4. les prestations n°s 599244 et 599266 sont supprimées;

5. les prestations suivantes sont ajoutées après la prestation n° 599266:

« Honoraires de surveillance d'un patient séjournant dans un service Tf ou dans un milieu familial, exécutés par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie.

599325

les cinq premiers jours, par jour C 16

599340

du sixième au soixantième jour inclus, par jour C 6

599362

du soixante et unième jour à la fin du sixième mois d'hospitalisation, par jour C 3

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus:

599384

les cinq premiers jours, par jour C 12

599406

du sixième au douzième jour inclusivement, par jour C 6

599421

du treizième jour, jusqu'à la fin du sixième mois, par jour C 3 »;

6. la valeur relative « C 20 » de la prestation n° 599303 est modifiée en « C 27 »;

7. les prestations et la règle d'application suivantes sont ajoutées après la prestation n° 599303:

« Psychiatrie de liaison

599443

Honoraires pour le premier examen psychiatrique, effectué au sein du service où séjourne un bénéficiaire hospitalisé, par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie sur prescription du médecin qui en a la surveillance, avec bilan écrit repris dans le dossier médical C 30

599465

Honoraires pour l'examen et/ou traitement psychiatrique suivant par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie au sein du service où séjourne le patient C 20

599480

Honoraires de coordination pour l'admission, le traitement, la surveillance, la préparation au retour à domicile par un médecin spécialiste qui porte la responsabilité entière pour un patient dans une section d'hôpital de jour C 40

De prestatie 599480 mag slechts worden aangerekend ter gelegenheid van de ambulante uitvoering van één van de verstrekkingen nrs. 247531, 258513, 260794, 280055, 300274, 220290, 238114, 238173, 238195, 238210, 241091, 244193, 246595, 257390, 260934, 261214, 261236, 300333, 312152, 432331, 473712, 473292, 256992, 261310, 423010, 424012, 241150, 453132, specifiek voorzien in artikel 4, § 5bis, van de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen. »

2° In § 2,

1. in a),

a) wordt de laatste alinea van 1° aangevuld met de dienst « Tf »;

b) wordt de omschrijving van ten 4° als volgt gewijzigd :

« 4° De toezichtshonoraria voorzien onder nrs. 598006 tot 599023, 599126 tot 599163, 599222 tot 599266 en 599325 tot 599421 zijn onderling niet cumuleerbaar. Er mag slechts één van deze verstrekkingen per dag aangerekend worden. »;

2. wordt een als volgt gestelde alinea d) toegevoegd :

« De verstrekkingen nrs. 599443 en 599465 zijn niet van toepassing voor patiënten opgenomen in de diensten A, K, T, V en Tf.

De verstrekkingen nrs. 599443 en 599465 zijn cumuleerbaar met het toezichtshonorarium.

De verstrekkingen nrs. 599443 en 599465 zijn niet cumuleerbaar met technische verstrekkingen uitgevoerd door dezelfde neuropsychiater of psychiater-consultant.

De verstrekking nr. 599443, mag slechts eenmaal aangerekend worden tijdens dezelfde opnameperiode.

De verstrekking nr. 599465 mag slechts eenmaal per begonnen periode van 7 dagen opname aangerekend worden en moet altijd voorafgegaan zijn van de verstrekking nr. 599443.

Art. 11. In artikel 26, § 4, van dezelfde bijlage worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° worden in de 1e alinea de verstrekkingen nrs. 474574-474585 en 477396-477400 geschrapt;

2° wordt na de 1e alinea een als volgt gestelde alinea ingevoegd :

« Voor de verstrekking nr. 474515-474526 mag evenwel het bijkomende honorarium voor dringende verstrekkingen worden betaald als de verstrekking van de arts-verloskundige aanleiding heeft gegeven tot dat bijkomend honorarium. »

Art. 12. In artikel 34, § 1, a), van dezelfde bijlage gewijzigd bij het koninklijk besluit van 22 januari 1991 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 589131-589142 als volgt gewijzigd :

589131-589142

« Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van pathologische letsels of van arteriële bloeding in de thoracale, abdominale of bekkenstreek, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte emboliscatheter, de farma, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel »;

2° wordt na de verstrekking nr. 589131-589142 volgende verstrekking ingevoegd :

« 589352-589363

Percutaan inbrengen van een porto-systemische stentshunt langs transjugulaire weg, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling, exclusief het dilatatiematerieel en de stents I 850 ».

Art. 13. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de tweede maand volgend op die gedurende welke het in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

Art. 14. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 12 augustus 1994.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
Mevr. M. DE GALAN

La prestation 599480 ne peut être portée en compte qu'en cas d'exécution, en ambulatoire, d'une des prestations nos 247531, 258513, 260794, 280055, 300274, 220290, 238114, 238173, 238195, 238210, 241091, 244193, 246595, 257390, 260934, 261214, 261236, 300333, 312152, 432331, 473712, 473292, 256992, 261310, 423010, 424012, 241150, 453132, prévues spécifiquement dans l'article 4, § 5bis, de la Convention nationale entre les institutions de soins et les organismes assureurs. »

2° Au § 2,

1. dans le a),

a) le dernier alinéa du 1° est complété par le service « Tf »;

b) le libellé du 4° est modifié comme suit :

« 4° Les honoraires de surveillance prévus sous les nos 598006 à 599023, 599126 à 599163, 599222 à 599266 et 599325 à 599421 ne sont pas cumulables entre eux. Une seule de ces prestations peut être portée en compte par jour. »;

2. un alinéa d) est ajouté :

« Les prestations nos 599443 et 599465 ne sont pas d'application pour des patients hospitalisés dans les services A, K, T, V et Tf.

Les prestations nos 599443 et 599465 sont cumulables avec les honoraires de surveillance.

Les prestations nos 599443 et 599465 ne sont pas cumulables avec des prestations techniques effectuées par ce même neuropsychiatre ou psychiatre-consultant.

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

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

Art. 11. A l'article 26, § 4, de la même annexe, sont apportées les modifications suivantes :

1° au 1er alinéa, les numéros de prestations 474574-474585 et 477396-477400 sont supprimés;

2° un alinéa, rédigé comme suit, est inséré après l'alinéa 1er :

« La prestation n° 474515-474526 peut toutefois donner lieu au paiement des honoraires supplémentaires d'urgence si la prestation du médecin accoucheur a donné lieu à ce supplément. »

Art. 12. A l'article 34, § 1er, a), de la même annexe, modifié par l'arrêté royal du 22 janvier 1991 sont apportées les modifications suivantes :

1° le libellé de la prestation n° 589131-589142 est modifié comme suit :

589131-589142

« Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du cathéter d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation »;

2° la prestation suivante est insérée après le n° 589131-589142 :

« 589352-589363

Placement percutané d'un stent-shunt porto-systémique par voie transjugulaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement, à l'exclusion du matériel de dilatation et des stents I 850 ».

Art. 13. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 14. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 12 août 1994.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales,
Mme M. DE GALAN