

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 29 juni 2016;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 4 juli 2016;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 16 december 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 20 februari 2017;

Gelet op advies 61.059/2 van de Raad van State, gegeven op 27 maart 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 17, § 1, 1^o*bis*, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 23 mei 2001 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 februari 2003 en 25 november 2011, wordt als volgt aangevuld :

450273-450284

Bijkomend honorarium voor een gedigitaliseerde opname bij het uitvoeren van de verstrekkingen 450096-450100, 450192-450203, 450354-450365, 450376-450380, indien deze opname is uitgevoerd met een mammografie toestel dat digitale beelden maakt via "direct radiography" (DR) en waarbij de beelden in een geïnformatiseerd bestand zijn opgenomen zodat ze via elektronische weg beschikbaar zijn voor andere verstrekkers die bij de diagnose, behandeling en/of de opvolging van de patiënt betrokken zijn N 26

De verstrekking 450273-450284 kan slechts éénmaal per dag worden aangerekend.

Art. 2. Artikel 17*ter*, A, 1^o, van dezelfde bijlage, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 25 juli 1994, wordt als volgt aangevuld :

461495-461506

Bijkomend honorarium voor een gedigitaliseerde opname bij het uitvoeren van de verstrekkingen 461090-461101, 461451-461462, indien deze opname is uitgevoerd met een mammografie toestel dat digitale beelden maakt via "direct radiography" (DR) en waarbij de beelden in een geïnformatiseerd bestand zijn opgenomen zodat ze via elektronische weg beschikbaar zijn voor andere verstrekkers die bij de diagnose, behandeling en/of de opvolging van de patiënt betrokken zijn... N 26

De verstrekking 461495-461506 kan slechts éénmaal per dag worden aangerekend.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 14 januari 2018.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 29 juin 2016;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 4 juillet 2016;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 16 décembre 2016;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 20 février 2017;

Vu l'avis 61.059/2 du Conseil d'Etat, donné le 27 mars 2017, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 17, § 1^{er}, 1^o*bis*, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, inséré par l'arrêté royal du 23 mai 2001 et modifié par les arrêtés royaux des 25 février 2003 et 25 novembre 2011, est complété comme suit :

"450273-450284

Supplément d'honoraires pour un enregistrement digitalisé lors des prestations 450096-450100, 450192-450203, 450354-450365, 450376-450380, si cet enregistrement est effectué avec un appareil qui fait des images digitalisées via "direct radiography" (DR), avec les images étant par ailleurs introduites dans une base de données informatisée et disponibles à d'autres prestataires qui sont concernés par le diagnostic, le traitement et/ou le suivi du patient..... N 26

La prestation 450273-450284 ne peut être attestée qu'une fois par jour."

Art. 2. L'article 17*ter*, A, 1^o, de la même annexe, inséré par l'arrêté royal du 25 juillet 1994, est complété comme suit :

"461495-461506

Supplément d'honoraires pour un enregistrement digitalisé lors des prestations 461090-461101, 461451-461462, si cet enregistrement est effectué avec un appareil qui fait des images digitalisées via "direct radiography" (DR), les images étant par ailleurs introduites dans une base de données informatisée et disponibles à d'autres prestataires qui sont concernés par le diagnostic, le traitement et /ou le suivi du patient..... N 26

La prestation 461495-461506 ne peut être attestée qu'une fois par jour."

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 14 janvier 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2018/30507]

14 JANUARI 2018. — Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1, en 17*ter*, A en B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

FILIP, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, vijfde lid, en § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2018/30507]

14 JANVIER 2018. — Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1^{er}, et 17*ter*, A et B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1^{er}, alinéa 5, et § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et par la loi du 10 août 2001;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 17 mei 2016;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 17 mei 2016;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsenziekenfondsen van 15 juni 2016;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 29 juni 2016;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 4 juli 2016;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 16 december 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 20 februari 2017;

Gelet op advies 61.055/2 van de Raad van State, gegeven op 27 maart 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 april 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° wordt de bepaling onder 1° aangevuld als volgt :

“Dit onderzoek mag enkel worden vergoed in geval van duidelijke symptomatologie die kan wijzen op maligniteit of andere borstpathologie :

1) klinische symptomen vastgesteld bij een volledig klinisch onderzoek van de borst, nieuw symptoom of verandering van een bestaand symptoom :

a) huidafwijking : oneffenheid van de huid of huidnodule, huidretractie, ulceratie, inflammatie, mastitis;

b) palpabele nodule van de borst of rond de borst (in de oksel, boven of onder de mamma, onder de clavicula, parasternaal);

c) dermatose van de tepel;

d) spontaan verlies van tepelvocht uit één porie, niet melkachtig vochtverlies;

2) opzoeken van de primaire tumor bij vaststelling van metastatische letsels;

3) afwijkende mammografie voor opsporing van borstkanker.

De radioloog doet op basis van die klinische inlichtingen op de aanvraag voor de mammografie een gericht klinisch onderzoek.

De indicatie alsmede alle relevante klinische inlichtingen die dit diagnostisch onderzoek verantwoordt, alsmede de resultaten van het onderzoek worden vermeld in het medisch dossier van de patiënt.

Het verslag aan de voorschrijver bevat een advies voor het verder beleid.

Indien een bijkomende echografie en een mammografie worden uitgevoerd door verschillende geneesheren dienen zij elkaar te informeren over de resultaten van het door hen verrichte onderzoek.

2° in de bepaling onder 1°bis,

1) wordt het volgende opschrift vóór de verstrekking 450192-450203 ingevoegd :

“A. Georganiseerd bevolkingsonderzoek”;

2) de betrekkelijke waarde van de verstrekking 450192-450203 wordt vervangen door “N 143”;

3) in de verstrekking 450354-450365,

Vu l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 17 mai 2016;

Vu l’avis du Service d’évaluation et de contrôle médicaux de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité, donné le 17 mai 2016;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 15 juin 2016;

Vu l’avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 29 juin 2016;

Vu la décision du Comité de l’assurance soins de santé de l’Institut national d’assurance maladie-invalidité du 4 juillet 2016;

Vu l’avis de l’Inspecteur des Finances, donné le 6 décembre 2016;

Vu l’accord du Ministre du Budget, donné le 20 février 2017;

Vu l’avis 61.055/2 du Conseil d’Etat, donné le 27 mars 2017, en application de l’article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d’Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l’article 17, § 1^{er}, de l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l’arrêté royal du 10 avril 2016, sont apportées les modifications suivantes :

1° le 1° est complété par ce qui suit :

“Cet examen ne peut être remboursé qu’en cas de symptomatologie évidente qui peut indiquer une situation maligne ou une autre pathologie mammaire :

1) symptômes cliniques constatés lors d’un examen clinique complet du sein, un nouveau symptôme ou un changement d’un symptôme existant :

a) affection cutanée : aspérité de la peau ou nodule sous-cutané, rétraction cutanée, ulcération, inflammation, mastite;

b) nodule palpable du sein ou autour du sein (au niveau de l’aisselle, au-dessus ou en dessous du mamelon, sous la clavicule, parasternal);

c) dermatose du mamelon;

d) perte spontanée de liquide du mamelon d’un pore, perte de liquide autre que lacté (non lactescent);

2) recherche de la tumeur primaire en cas de constatation de lésions métastatiques;

3) mammographie déviante pour le dépistage du cancer du sein.

Le radiologue réalise un examen clinique ciblé sur la base de ces informations cliniques dans le cadre de la demande de mammographie.

L’indication ainsi que toutes les informations cliniques pertinentes qui justifient cet examen diagnostique ainsi que les résultats de l’examen sont mentionnés dans le dossier médical du patient.

Le rapport au prescripteur renferme un avis pour la politique future.

Si une échographie supplémentaire et une mammographie sont réalisées par des médecins différents, ils doivent s’informer mutuellement des résultats de l’examen qu’ils ont effectué.

2° au 1°bis,

1) l’intitulé suivant est inséré avant la prestation 450192-450203 :

“A. Examen de masse organisé”;

2) la valeur relative de la prestation 450192-450203 est remplacée par “N 143”;

3) à la prestation 450354-450365,

a) wordt het volgende opschrift vóór de verstrekking ingevoegd :

"B. Mammografie voor individuele opsporing bij asymptomatische vrouwen";

b) wordt de betrekkelijke waarde van de verstrekking door "N 143" vervangen;

c) in de toepassingsregels die volgen op de verstrekking,

A. worden de volgende verstrekkingen en toepassingsregels na het vijfde lid ingevoegd :

"450376-450380

Mammografie van beide borsten voor individuele opsporing van borstkanker N 90

450391-450402

Tweede lezing van een mammografie van beide borsten voor individuele opsporing van borstkanker N 12

De verstrekking 450376-450380 mag aangerekend worden als aan de volgende voorwaarden is voldaan :

a) buiten het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek;

b) enkel op voorschrift van een arts. Dit voorschrift moet voldoen aan alle vereisten zoals bepaald in art 17, § 12;

c) aanrekenbaar vanaf de eerste kalenderdag van het jaar waarin de vrouw 45 jaar wordt tot en met de laatste kalenderdag dat ze 74 jaar is;

d) de aanrekening is beperkt tot eenmaal per jaar in de leeftijdscategorie vanaf 45 tot en met 49 jaar en eenmaal per twee jaar in de leeftijdscategorie vanaf 50 jaar tot en met 74 jaar;

e) in de leeftijdscategorie vanaf 50 jaar tot en met 69 jaar kunnen binnen een periode van 2 jaar de verstrekkingen 450192-450203 en 450214-450225 niet gecumuleerd worden met respectievelijk de verstrekkingen 450376-450380 en 450391-450402 of 461451-461462 en 461473-461484;

f) de verstrekking 450376-450380 kan niet op dezelfde dag gecumuleerd worden met de verstrekkingen 450096-450100 en 461090-461101;

g) een eventuele aanvullende echografie van een of beide borsten uitgevoerd op dezelfde dag als verstrekking 450376-450380 is in deze verstrekking inbegrepen.

De verstrekking 450376-450380 kan enkel vergoed worden na attesteren van het nummer 450391-450402 voor dezelfde verzekerde door een tweede lezer.

De honoraria voor de verstrekkingen 450376-450380 en 450391-450402 kunnen aangerekend worden tot en met 1 april 2018.

B. worden in het achtste lid de woorden ", 450376-450380, 450391-450402, 461451-461462, 461473-461484" na de rangnummers "461134-461145" ingevoegd;

3° in de bepaling onder 12°,

1) wordt het punt 1 van de verstrekking 460670 door de woorden ", 450376" aangevuld;

2) wordt het punt 5 van de verstrekking 461016 als volgt vervangen :

"5) 459395, 459410, 459432, 459454, 459476, 459491, 459513, 459535, 459830".

Art. 2. In artikel 17ter van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 29 januari 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in A,

a) wordt de bepaling onder 1° als volgt aangevuld :

"Dit onderzoek mag enkel worden vergoed in geval van duidelijke symptomatologie die kan wijzen op maligniteit of andere borstpathologie :

1) klinische symptomen vastgesteld bij een volledig klinisch onderzoek van de borst, nieuw symptoom of verandering van een bestaand symptoom :

a) huidafwijking : oneffenheid van de huid of huidnodule, huidretractie, ulceratie, inflammatie, mastitis;

b) palpabele nodule van de borst of rond de borst (in de oksel, boven of onder de mamma, onder de clavicula, parasternaal);

c) dermatose van de tepel;

d) spontaan verlies van tepelvocht uit één porie, niet melkachtig vochtverlies;

a) l'intitulé suivant est inséré avant la prestation :

"B. Mammographie de dépistage individuel chez les femmes asymptomatiques";

b) la valeur relative de la prestation est remplacée par "N 143";

c) aux règles d'application qui suivent la prestation,

A. les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après l'alinéa 5 :

"450376-450380

Mammographie des deux seins pour dépistage individuel du cancer du sein N 90

450391-450402

Deuxième lecture d'une mammographie des deux seins pour dépistage individuel du cancer du sein N 12

La prestation 450376-450380 peut être attestée si les conditions suivantes sont satisfaites :

a) en dehors du cadre d'un examen de masse organisé par une autorité;

b) uniquement sur prescription d'un médecin. Cette prescription doit satisfaire à toutes les exigences telles que stipulées à l'article 17, § 12;

c) attestable à partir du premier jour calendrier de l'année au cours de laquelle la femme atteint l'âge de 45 ans jusqu'au dernier jour calendrier inclus de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 74 ans;

d) l'attestation est limitée à une fois par an dans la catégorie d'âge à partir de 45 ans jusqu'à 49 ans inclus et une fois tous les deux ans dans la catégorie d'âge à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans inclus;

e) dans la catégorie d'âge à partir de 50 ans jusqu'à 69 ans inclus, les prestations 450192-450203 et 450214-450225 ne peuvent pas être cumulées dans une période de 2 ans avec respectivement les prestations 450376-450380 et 450391-450402 ou 461451-461462 et 461473-461484;

f) la prestation 450376-450380 ne peut pas être cumulée la même journée avec les prestations 450096-450100 et 461090-461101;

g) une échographie complémentaire éventuelle d'un ou des deux seins réalisée la même journée que la prestation 450376-450380 est intégrée dans cette prestation.

La prestation 450376-450380 ne peut être remboursée qu'après attestation du numéro 450391-450402 pour la même assurée par un second lecteur.

Les honoraires pour les prestations 450376-450380 et 450391-450402 peuvent être attestés jusqu'au 1^{er} avril 2020.

B. à l'alinéa 8, les mots ", 450376-450380, 450391-450402, 461451-461462, 461473-461484" sont insérés après les numéros d'ordre "461134-461145";

3° au 12°,

1) le point 1 de la prestation 460670 est complété par les mots ", 450376";

2) le point 5 de la prestation 461016 est remplacé par ce qui suit :

"5) 459395, 459410, 459432, 459454, 459476, 459491, 459513, 459535, 459830".

Art. 2. A l'article 17ter de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 29 janvier 2014, sont apportées les modifications suivantes :

1° au A,

a) le 1° est complété par ce qui suit :

"Cet examen ne peut être remboursé qu'en cas de symptomatologie évidente qui peut indiquer une situation maligne ou une autre pathologie mammaire :

1) symptômes cliniques constatés lors d'un examen clinique complet du sein, un nouveau symptôme ou un changement d'un symptôme existant :

a) affection cutanée : aspérité de la peau ou nodule sous-cutané, rétraction cutanée, ulcération, inflammation, mastite;

b) nodule palpable du sein ou autour du sein (au niveau de l'aisselle, au-dessus ou en dessous du mamelon, sous la clavicule, parasternal);

c) dermatose du mamelon;

d) perte spontanée de liquide du mamelon d'un pore, perte de liquide autre que lacté (non lactescent);

2) opzoeken van de primaire tumor bij vaststelling van metastatische letsels;

3) afwijkende mammografie voor opsporing van borstkanker.

De indicatie alsmede alle relevante klinische inlichtingen die dit diagnostisch onderzoek verantwoordt, alsmede de resultaten van het onderzoek worden vermeld in het medisch dossier van de patiënt.

Het verslag van het onderzoek bevat een advies voor het verder beleid.

Indien een bijkomende echografie en een mammografie worden uitgevoerd door verschillende geneesheren dienen zij elkaar te informeren over de resultaten van het door hen verrichte onderzoek.

461451-461462

Mammografie van beide borsten voor individuele opsporing van borstkanker N 90

461473-461484

Tweede lezing van een mammografie van beide borsten voor individuele opsporing van borstkanker N 12

De verstrekking 461451-461462 mag aangerekend worden als aan de volgende voorwaarden is voldaan :

a) buiten het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek;

b) aanrekenbaar vanaf de eerste kalenderdag van het jaar waarin de vrouw 45 jaar wordt tot en met de laatste kalenderdag dat ze 74 jaar is;

c) de aanrekening is beperkt tot eenmaal per jaar in de leeftijdscategorie vanaf 45 tot en met 49 jaar en eenmaal per twee jaar in de leeftijdscategorie vanaf 50 jaar tot en met 74 jaar;

d) in de leeftijdscategorie vanaf 50 tot en met 69 jaar kunnen binnen een periode van 2 jaar de verstrekkingen 450192-450203 en 450214-450225 niet gecumuleerd worden met respectievelijk de verstrekkingen 450376-450380 en 450391-450402 of 461451-461462 en 461473-461484;

e) de verstrekking 461451-461462 kan niet op dezelfde dag gecumuleerd worden met de verstrekkingen 450096-450100 en 461090-461101;

f) een eventuele aanvullende echografie van een of beide borsten uitgevoerd op dezelfde dag als verstrekking 461451-461462 is in deze verstrekking inbegrepen.

De verstrekking 461451-461462 kan enkel vergoed worden na attesteren van het nummer 461473-461484 voor dezelfde verzekerde door een tweede lezer.

De honoraria voor de verstrekkingen 461451-461462 en 461473-461484 kunnen aangerekend worden tot en met 1 april 2020.

De verstrekking 461451-461462 is toegankelijk voor de geneesheren-specialisten in de gynaecologie en verloskunde indien deze gemiddeld 500 mammografieën per jaar gedurende de periode 2012, 2013 en 2014 aangerekend hebben en die vanaf de inwerkingtreding van de verstrekking 461451-461462 een permanente opleiding inzake mammografie volgen.”;

2° in de bepaling onder B, 2°, a) worden de woorden „, 461451-461462” na de rangnummers „461090-461101” ingevoegd”.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 14 januari 2018.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

2) recherche de la tumeur primaire lors de la constatation de lésions métastatiques;

3) mammographie déviante pour le dépistage du cancer du sein.

L'indication ainsi que toutes les informations cliniques pertinentes qui justifient cet examen diagnostique ainsi que les résultats de l'examen sont mentionnés dans le dossier médical du patient.

Le rapport de l'examen renferme un avis pour la politique future.

Si une échographie supplémentaire et une mammographie sont réalisées par des médecins différents, ils doivent s'informer mutuellement des résultats de l'examen qu'ils ont effectué.

461451-461462

Mammographie des deux seins pour dépistage individuel du cancer du sein N 90

461473-461484

Deuxième lecture d'une mammographie des deux seins pour dépistage individuel du cancer du sein N 12

La prestation 461451-461462 peut être attestée si les conditions suivantes sont satisfaites :

a) en dehors du cadre d'un examen de masse organisé par une autorité;

b) attestable à partir du premier jour calendrier de l'année au cours de laquelle la femme atteint l'âge de 45 ans jusqu'au dernier jour calendrier inclus de l'année au cours de laquelle elle atteint l'âge de 74 ans;

c) l'attestation est limitée à une fois par an dans la catégorie d'âge à partir de 45 ans jusqu'à 49 ans inclus et une fois tous les deux ans dans la catégorie d'âge à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans inclus;

d) dans la catégorie d'âge à partir de 50 ans jusqu'à 69 ans inclus, les prestations 450192-450203 et 450214-450225 ne peuvent pas être cumulées dans une période de 2 ans avec respectivement les prestations 450376-450380 et 450391-450402 ou 461451-461462 et 461473-461484;

e) la prestation 461451-461462 ne peut pas être cumulée la même journée avec les prestations 450096-450100 et 461090-461101;

f) une échographie complémentaire éventuelle d'un ou des deux seins réalisée la même journée que la prestation 461451-461462 est intégrée dans cette prestation.

La prestation 461451-461462 ne peut être remboursée qu'après attestation du numéro 461473-461484 pour la même assurée par un second lecteur.

Les honoraires pour les prestations 461451-461462 et 461473-461484 peuvent être attestés jusqu'au 1^{er} avril 2020.

La prestation 461451-461462 est accessible aux médecins spécialistes en gynécologie obstétrique si ceux-ci ont attestés en moyenne 500 mammographies par an durant la période 2012, 2013 et 2014, et qui à partir de l'entrée en vigueur de la prestation 461451-461462 suivent une formation permanente concernant la mammographie.”;

2° au B, 2°, a), les mots „, 461451-461462” sont insérés après les numéros d'ordre „461090-461101”.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 14 janvier 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK