

Institut national d'assurance
maladie-invalidité



Service des soins
de santé

**Convention nationale entre les établissements hospitaliers
et les organismes assureurs du 29 novembre 2013
coordonnée au 31/10/2018**

1. 1^{er} avenant à la convention du 10 mars 2014 en vigueur le 1^{er} janvier 2014

Le 1^{er} janvier 2014 est entrée en vigueur une nouvelle convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs (cf. note CSS n° 2013/428). Cette nouvelle convention ne prévoit plus de mini-forfait. À compter du 1^{er} janvier 2014, le budget des mini-foirfaits est transféré vers le budget des moyens financiers (SPF Santé publique) à condition que les hôpitaux, pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2014 inclus, reçoivent une « avance » dans l'attente d'une réglementation structurelle relative à la ventilation du budget à partir du 1^{er} juillet 2014.

A cause du transfert de budget vers le budget des moyens financiers de l'hôpital, les assurances hospitalisations ne reconnaissent plus ces prestations comme des prestations en hôpital de jour.

Pour certains patients souffrant d'une affection chronique qui requiert l'administration régulière d'un médicament par perfusion, les frais peuvent donc augmenter de manière considérable.

L'objectif n'étant certainement pas que le patient soit lésé par ce transfert du budget des mini-foirfaits, la commission de conventions hôpitaux-organismes assureurs a entre-autre, conclu un avenant à la convention nationale qui prévoit à partir du 1^{er} janvier 2014:

- a. que les hôpitaux, pour les prestations de l'ancien mini-forfait, ne peuvent pas attester d'autres frais que ceux qui étaient autorisés dans la situation précédant le transfert vers le BMF.
- b. deux adaptations administratives en dehors du cadre de la problématique des mini-foirfaits :
 - i. Adaptations de la définition des hôpitaux pour lesquels la mesure d'économie « attestation montant par jour 12/14 heures » ne s'applique pas aux hôpitaux ne comptant que des services chroniques.
 - ii. Suppression d'une prestation de la liste du groupe 5 étant donné qu'elle a également été mentionnée sur la liste A de l'hôpital de jour chirurgical.

2. 2^{eme} avenant à la convention du 29 juin 2015 en vigueur le 1^{er} juillet 2013

- a) Il est précisé que pour les patients qui sont hospitalisés dans un hôpital psychiatrique ou dans un service Sp ou un service G isolé et qui doivent faire l'objet d'une hospitalisation de jour chirurgicale, il est prévu que les montants par admission et par journée peuvent être portés en compte par l'hôpital qui effectue l'intervention.

Dans la pratique, cette facturation est déjà autorisée depuis longtemps par les mutualités. Il y a même des pseudocodes pour la facturation du montant par admission et par journée pour

l'hospitalisation de jour chirurgicale (768040 et 768062) pour des patients hospitalisés ainsi que des instructions de facturation spécifiques.

L'enregistrement de type 30, zone 13 des instructions de facturation mentionne : *"Dans le cas de journées d'entretien forfaitaires et d'une hospitalisation chirurgicale de jour pour des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné."*

Il n'était toutefois pas évident de savoir pour quels patients hospitalisés ces pseudocode pouvaient être utilisés. L'avenant dissipe à présent tout malentendu à ce sujet.

- b) L'article 97 de la loi sur les hôpitaux prévoit que "pour le séjour en chambre individuelle, aucun supplément ne peut être facturé lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs".

Un certain nombre d'hôpitaux affirment que l'interdiction n'est applicable que lorsque le patient séjourne aux soins intensifs depuis son admission et pas lorsque le patient doit être transféré aux soins intensifs pendant son séjour.

Ce n'est cependant pas l'intention du législateur qui déjà dans le document explicatif joint à la déclaration d'admission mentionne clairement qu'aucun supplément ne peut être facturé *"Si vous êtes admis ou transféré dans une unité de soins intensifs ou au service des urgences et séjournez pour la durée du séjour dans cette unité"*.

Dans l'attente d'un éclaircissement apporté par la loi sur les hôpitaux même, l'avenant ci-joint ajoute la disposition suivante dans la convention :

"En application de l'article 97 de loi des hôpitaux, il n'est pas permis de facturer des suppléments de chambre au patient pendant le séjour dans une unité de soins intensifs."

3. 3eme avenant à la convention du 11 décembre 2015 en vigueur le 1er janvier 2016

Prolongement de la convention sans reconduction tacite jusqu'au 31 décembre 2017

4. 4eme avenant à la convention du 21 novembre 2016 en vigueur le 21 novembre 2016

La Commission de conventions établissements hospitaliers - organismes assureurs a conclu cet avenant afin d'utiliser différemment la marge financière pour l'indexation des forfaits prévue dans l'objectif budgétaire de l'année civile suivante, en vue de poursuivre le développement de l'hôpital de jour

5. 5eme avenant à la convention du 15 février 2017 en vigueur le 1er mars 2017

Utilisation de la marge financière pour l'indexation des forfaits en vue de poursuivre le développement de l'hôpital de jour : réforme de l'hôpital de jour oncologique.

L'avenant prévoit cinq nouveaux forfaits : un forfait "soins de base oncologiques" pouvant être facturé en cas d'utilisation de la chimiothérapie orale, un "maxi-forfait monothérapie", un "maxi-forfait combothérapie" et deux forfaits ("pédiatrie mono" et "pédiatrie combo") qui peuvent respectivement être portés en compte en sus des deux forfaits précédents en cas d'administration de chimiothérapie à des enfants.

Par ces modifications, la Commission de conventions entend suivre les évolutions médicales et pharmaceutiques telles que l'augmentation des thérapies à base de plusieurs molécules et de nouveaux modes d'administration.

Dans cette proposition, les interventions forfaitaires sont identiques pour chaque hôpital, en d'autres termes, il n'y a plus de lien avec le prix de la journée d'hospitalisation historique des hôpitaux.

Modification de la nomenclature de la gastro-entérologie

La nomenclature de la gastro-entérologie a été modifiée à partir du 1er novembre 2016. La nouvelle nomenclature a un impact sur l'hôpital de jour : une prestation est supprimée, cinq prestations sont ajoutées.

6. 6eme avenant à la convention du 4 juillet 2017 en vigueur le 1^{er} juillet 2017

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a approuvé douze projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile (5 en Flandre, 5 en Wallonie et 2 à Bruxelles). Les projets portent sur l'antibiothérapie par voie intraveineuse à domicile d'une part et des propositions permettant au patient de bénéficier d'autres types de soins à domicile plutôt qu'à l'hôpital, comme certains traitements oncologiques d'autre part.

La ministre De Block et son équipe font le choix de mener des projets pilotes pour tester un certain nombre d'idées à propos d'un nouveau financement des hôpitaux. Cela permet de déterminer les meilleures pratiques pour le patient, l'hôpital et les autres partenaires de soins. Parallèlement à cela, ils peuvent rapidement détecter les effets secondaires défavorables et inattendus et y remédier plus facilement avant d'étendre une nouvelle méthode à l'ensemble du secteur.

La cellule stratégique souhaite que cette forme alternative de soins n'apporte pas de surcoûts pour le patient. Ainsi la commission de convention a conclu, en sa séance du 4 juillet 2017, un avenant à la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs qui stipule que l'hospitalisation à domicile est assimilée aux situations prévues à l'article 4, §4 (hôpital de jour oncologique) et §5 (groupes de prestations de l'hôpital de jour) de la convention nationale. Cela signifie que la pharmacie hospitalière peut délivrer des médicaments à ces patients au tarif 1* (ambulatoires en hôpital) et que potentiellement les assurances hospitalières rembourseront des frais découlant de ces soins au patient. De plus, un accord du médecin conseil pour les médicaments « chapitre 4 » délivrés par l'officine hospitalière n'est pas nécessaire

En outre, quelques adaptations ont été faites dans cet avenant pour accorder le texte de la convention à d'autres adaptations de réglementation (réglementation sur les implants et suppression des prestations des listes d'hôpital de jour qui étaient déjà supprimées en nomenclature).

Cet avenant prolonge la convention nationale de deux ans et entre en vigueur le 1er juillet 2017.

7. 7eme avenant à la convention du 3 juillet 2018 en vigueur le 31 octobre 2018

L'avenant précise que si, dans le cas d'un gaz anesthésiant administré par inhalation, le code ATC 5e niveau est repris dans le forfait médicaments, le médicament ne peut pas être porté en compte au patient.

Une disposition identique sera prévue dans l'AR du 1er février 2018 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

Dans l'attente de la publication de cette disposition dans l'AR, la restriction est imposée par le truchement de la Convention nationale hôpitaux-organismes assureurs

PREAMBULE

La Commission de convention entre hôpitaux et organismes assureurs conclut la présente convention pour une durée de deux ans.

Elle souhaite mettre ce délai à profit pour travailler dans la commission de convention à la promotion de l'hôpital de jour sur des terrains différents:

- évaluer les listes des groupes 1 à 7 en vue d'un transfert éventuel des prestations chirurgicales vers les listes A et B du BMF.
- Exécuter la proposition sur la révision du financement du forfait maxi oncologie et examiner les autres manières d'administration (oral, subcutané) en vue de les ajouter éventuellement dans les conditions de financement selon les possibilités budgétaires.
- Réaliser le financement du maxiforfait anesthésie et définir clairement le contenu de la prestation en vue d'une rémunération correcte pour des prestations égales.
- proposer un nouveau mode de financement des prestations de l'hémodialyse pour le 30 juin 2014.
- actualiser la définition de l'hôpital de jour en fonction des agréments de l'hôpital de jour chirurgical et non-chirurgical sur base des deux arrêtés royaux (AR du 10 février 2008 lequel rend certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux applicables à la fonction «hospitalisation non chirurgicale de jour» et l'AR du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction «hospitalisation non chirurgicale de jour» doit répondre pour être agréée).
- faire une proposition de remaniement de la facture d'hospitalisation en collaboration avec les parties concernées, afin que le document devienne plus clair pour le patient.
- Poursuivre la simplification administrative entamée dans le cadre de la précédente convention en s'appuyant sur les possibilités offertes par la communication électronique des données.
- Poursuivre le développement de plateformes de données qui permettront aux hôpitaux de consulter et de valider toutes les données utilisées dans le cadre de leur financement (budget des moyens financiers, forfaits de biologie clinique, forfait médicaments...)
- Examiner dans quelles mesures le forfait pour la manipulation d'une voie d'accès intraveineux par dispositif d'accès intraveineux (art. 4, §9) est facturés par les hôpitaux.

Par ailleurs, la Commission des Conventions, à l'unanimité de ses membres représentant tant les hôpitaux que les organismes assureurs, constate et regrette que la répartition actuelle des compétences au sein des organes de l'Inami porte atteinte au développement harmonieux de l'hôpital non chirurgical de jour.

L'activité de l'hôpital non chirurgical de jour est en effet financée selon deux canaux:

- Un forfait par type de prestation pour couvrir les frais visés à l'article 6 de la convention
- Des honoraires de coordination et de surveillance pour rémunérer l'activité médicale et des forfaits de biologie clinique et d'imagerie médicale pour rémunérer l'activité médico-technique.

Depuis la conclusion de la Convention du 18 juin 2007, pour des raisons budgétaires, les

honoraires de coordination et de surveillance ainsi que les forfaits de biologie clinique et d'imagerie médicale ne sont attribués que pour les prestations reprises sur une liste limitative correspondant aux prestations qui donnaient droit à un forfait hôpital non chirurgical de jour AVANT la convention du 18 juin 2007.

Les signataires de la présente convention s'engagent à défendre l'harmonisation du financement de l'activité médicale de l'hôpital non chirurgical de jour.

CHAPITRE I : Dispositions générales

Article premier.

La présente convention définit, conformément aux dispositions de l'article 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les rapports entre :

- les établissements hospitaliers tels que définis à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 10 juillet 2008, à l'exception des hôpitaux psychiatriques tels que définis à l'article 3 de cette même loi,
- les organismes assureurs tels que définis à l'article 2, i) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et
- les bénéficiaires tels que définis à l'article 2, j) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 2.

Pour l'application de la présente convention, on entend par :

- **hôpital de jour:**

une fonction de traitement de jour organisée et intégrée dans l'établissement et ayant des procédures déterminées en matière de sélection des patients, de sécurité, de surveillance qualitative, de continuité, de rédaction de rapports et de collaboration avec les divers services médico-techniques ; est considérée comme intégrée dans l'établissement, la fonction de traitement de jour exploitée par le pouvoir organisateur de l'établissement, intégrée dans l'organisation médicale de l'établissement et placée sous la direction d'un médecin spécialiste de l'établissement

et/ou

une fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » agréée sur la base des dispositions prévues par l'AR du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée;

Inséré par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017

- **hospitalisation à domicile**

La prise en charge spécifique des soins à un patient à domicile ou dans un établissement de soins résidentiel qui, s'ils n'étaient pas prestés là/à cet endroit, devraient l'être lors d'une hospitalisation classique ou lors d'une succession d'hospitalisations de jour ou d'une des situations prévues à l'article 4 de la convention. Il s'agit en l'occurrence des soins décrits dans la convention "hospitalisation à domicile" qui est conclue entre le Ministre de la Santé publique et l'hôpital en application de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

- **service Sp:**

une unité d'hospitalisation répondant aux normes d'un « service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle » telles que prévues en annexe de l'AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre et agréé en vertu de ces mêmes normes;

- **service G isolé:**

une unité d'hospitalisation répondant aux normes d'un « service de gériatrie » telles que prévues en annexe de l'AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre et agréé en vertu de ces mêmes normes, située dans un hôpital qui ne dispose ni d'un service de diagnostic et de traitement chirurgical (C), ni d'un service de diagnostic et de traitement médical (D) ;

- **montant par admission:**

le montant de la partie variable du budget des moyens financiers qui est liquidée par admission en vertu des dispositions de l'article 99 de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

- **montant par journée d'entretien**

le montant de la partie variable du budget des moyens financiers qui est liquidée par journée d'hospitalisation en vertu des dispositions de l'article 99 de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

- **salle de plâtre**

un local destiné à la pose de dispositifs de contention à base de bandes plâtrées ou à base de matières synthétiques et utilisées notamment dans le cadre de fracture, luxation, traitement orthopédique ou prise de moulage;

- **congé**

la période pendant laquelle le patient hospitalisé quitte l'hôpital sans qu'il soit mis fin à son séjour par communication d'un formulaire 727 à l'organisme assureur et sans qu'il soit transféré vers un autre hôpital ; la durée du congé ne peut excéder 5 jours et la date du retour du patient à l'hôpital est fixée dès le début du congé.

- **loi sur les hôpitaux**

loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

CHAPITRE II : Montant par admission et montant par journée d'entretien

article 3, 1ière et 2ième alinéa modifiés par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017

Article 3.

Le paiement du montant par admission est dû pour chaque première journée d'hospitalisation comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après huit heures le lendemain. Ce montant par admission est également dû en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour lors de laquelle est effectuée une prestation figurant dans l'annexe 3, 5. (liste A)¹ de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ou une prestation visée à l'article 101bis de ce même arrêté. Ce montant par admission n'est pas dû en cas d'admission dans un service Sp (y compris Sp palliatifs) ou dans service G isolé ou dans des unités pour le traitement des grands brûlés.

¹ l'annexe 3, 6. (liste A)

Le paiement du montant par journée d'entretien est dû pour chaque journée d'hospitalisation au cours d'un séjour comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après huit heures le lendemain. Ce montant par journée d'entretien est également dû en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour lors de laquelle est effectuée une prestation figurant dans l'annexe 3, 5. (liste A)² de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002 ou une prestation visée à l'article 101bis de ce même arrêté.

Au cas où, le même jour et dans le même hôpital, une admission en hospitalisation chirurgicale de jour est suivie immédiatement ou non d'une hospitalisation, le montant par admission et le montant par journée d'entretien ne sont dus qu'une seule fois pour cette journée.

Le transfert du bénéficiaire vers un autre service du même hôpital, situé ou non sur le même campus, est considéré comme une continuation de l'hospitalisation et ne donne droit à aucun montant par admission sauf s'il concerne un patient qui, initialement admis à l'hôpital dans un service Sp, fait ensuite l'objet d'un transfert interne vers un service qui n'est pas un service Sp. Toutefois, en cas de deuxième transfert (ou suivant) entre les services précités, aucun nouveau montant par admission ne peut être porté en compte.

Sont comptés ensemble pour une journée d'hospitalisation, le jour d'entrée et le jour de sortie, sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées conjointement: admission du bénéficiaire avant 12 heures le jour de son entrée et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de sa sortie.

En application de l'alinéa précédent, lorsque le jour d'admission et le jour de départ sont considérés comme deux journées d'hospitalisation, le montant par journée est comptabilisé pour le jour d'admission et le jour de départ est comptabilisé pour une valeur de zéro euro.

Dans les autres situations, les jours d'hospitalisation du bénéficiaire sont comptabilisés comme suit :

- en cas d'admission avant 12 heures le jour de son entrée et départ avant 14 heures le jour de sa sortie: comptabilisation du jour d'admission;
- en cas d'admission après 12 heures le jour de son entrée, quelle que soit l'heure de départ le jour de sa sortie: comptabilisation du jour de sortie.

Art.3 alinéa 8 remplacé par 1^{er} avenant du 10/03/2014 en vigueur le 1^{er} janvier 2014³

En dérogation à l'alinéa précédent, les hôpitaux qui ne disposent pas d'un service de diagnostic et de traitement chirurgical (C), ni d'un service de diagnostic et de traitement médical (D), ni d'un service de pédiatrie (E), peuvent en cas d'une admission avant 12 heures le jour de l'admission et de départ après 14 heures le jours de sortie, porter en compte le « montant par jour » tant pour le jour d'admission que pour le jour de sortie.

Le montant par journée doit être facturé avec le code service du service dans lequel le patient a séjourné à 12 heures. Si le patient n'est plus présent à 12 heures (départ ou départ en congé) le montant par journée doit être facturé avec le code service du service où le patient séjournait au moment de son départ.

Le montant par admission est toujours comptabilisé à la date d'admission du bénéficiaire.

Toutefois, si un bénéficiaire décède le jour même de son admission, le paiement d'une journée d'hospitalisation est dû tant pour le montant de l'admission que pour le montant de la journée d'entretien.

En cas d'octroi de congé le jour de départ ne peut être porté en compte que lorsque le

² l'annexe 3, 6 (liste A)

³ Par dérogation à l'alinéa précédent, dans les hôpitaux Sp et G, en cas d'admission avant 12 heures le jour de l'entrée et de départ après 14 heures le jour de sortie, on peut facturer le montant par jour pour la jour d'admission aussi bien que pour la jour de sortie.

bénéficiaire quitte l'établissement hospitalier après 14 heures et le jour de retour ne peut être porté en compte que lorsque le bénéficiaire revient à l'établissement hospitalier avant 12 heures.

CHAPITRE III : Les différents forfaits

Article 4.

§ 1^{er}. Les montants prévus au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour) et § 8 (forfait douleur chronique) et 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre) sont dus dans les situations qui sont visées aux mêmes paragraphes, et ce aux conditions suivantes :

- l'hospitalisation donne lieu à un séjour hospitalier ne comprenant pas une nuitée (une admission avant minuit et finissant après huit heures le lendemain), quelle que soit la durée du séjour,
- et l'hospitalisation ne se fait ni en salle d'attente ni dans un local de consultation policlinique de l'établissement hospitalier,
- et l'hospitalisation n'est pas suivie immédiatement par une hospitalisation programmée dans le même établissement hospitalier,
- et, en cas d'hospitalisation pour une prestation prévue aux § 5 et § 8, une procédure telle que prévue à l'article 7 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour» doit répondre pour être agréée est mise en place pour le suivi du patient à l'issue de son hospitalisation.

Art.4, §2, alinéa 1^{er} remplacé par 5^{ème} avenant du du 15/02/2017 en vigueur le 1/03/2017⁴

§ 2. Le montant du maxi forfait visé au § 4, a), est égal au montant que l'hôpital a pu porter en compte le 31 décembre 2013 majorée de 1,39% selon les dispositions de l'article 4, § 4 de la convention conclue le 24 juin 2011 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs.

S'il s'agit d'un nouvel hôpital le montant du maxi forfait est égal à 60 % du prix par paramètre de l'activité de l'hôpital comme prévu dans l'article 116 de la loi sur les hôpitaux.

En cas de fusion d'hôpitaux le Service des Soins de santé calcule sur la base des données les plus récentes concernant le nombre de maxi forfaits facturés par les hôpitaux concernés et sur la base des montants des maxi-forfaits de ces hôpitaux, la moyenne pondérée des maxi forfaits pour l'hôpital fusionné.

En cas de défusion chaque hôpital garde le maxiforfait de l'hôpital fusionné.

Le maxi forfait s'élève au moins à 25 euros.

§ 3. La rémunération des miniforfaits est supprimée à partir du 1er janvier 2014. Ce financement est repris à partir de cette date par le budget des moyens financiers.

⁴ Le montant du maxi forfait visé au § 4 est égal au montant que l'hôpital a pu porter en compte le 31 décembre 2013 majorée de 1,39% selon les dispositions de l'article 4, § 4 de la convention conclue le 24 juin 2011 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs.

§ 4. En cas de surveillance médicale et infirmière :

- a) lors d'une prestation effectuée sous anesthésie générale, sous la surveillance d'un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, un maxi-forfait est dû comme visé au § 2 ;
- b) lors de l'administration/prise de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC L01 ou L03AX03 les forfaits suivants peuvent être portés en compte :
 - a. forfait "soins de base oncologiques" : 47,33 euros pour médication orale d'une ou de plusieurs molécules enregistrées sous les codes ATC susmentionnés. Ce forfait peut être porté en compte au maximum 1 fois par mois calendrier.
 - b. "maxi-forfait monothérapie" :120 euros par jour de traitement pour l'administration d'une molécule enregistrée sous les codes ATC susmentionnés. L'administration se fait par voie intraveineuse, intrathécale, intramusculaire, intra-artérielle, intracavitaire (= intrapleurale, intravésicale, intraventriculaire, intrapéritonéale, intrapéricardiale) ou sous-cutanée.
 - c. "maxi-forfait combithérapie" : 161 euros par jour de traitement pour l'administration d'au moins deux molécules enregistrées sous les codes ATC susmentionnés. L'administration se fait par voie intraveineuse, intrathécale, intramusculaire, intra-artérielle, intracavitaire (= intrapleurale, intravésicale, intraventriculaire, intrapéritonéale, intrapéricardiale) ou sous-cutanée.
 - d. forfait "pédiatrie mono" : 35,09 euros par jour de traitement chez les enfants. Ce forfait est toujours porté en compte avec le forfait " maxi-forfait monothérapie". Ce forfait peut être porté en compte pour des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans inclus.
 - e. forfait "pédiatrie combi" : 101,91 euros par jour de traitement chez les enfants. Ce forfait est toujours porté en compte avec le forfait "maxi-forfait combithérapie". Ce forfait peut être porté en compte pour des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans inclus.

Le "maxi-forfait monothérapie" et le "maxi-forfait combithérapie" peuvent être cumulés avec le forfait "soins de base oncologiques". Le "maxi-forfait monothérapie" et le "maxi-forfait combithérapie" ne peuvent être cumulés.

Ces forfaits peuvent, sous ces mêmes conditions, être portés en compte pour l'administration de médicaments enregistrés sous les codes ATC mentionnés au premier alinéa mais pour lesquels aucun remboursement n'a encore été fixé, si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- l'utilité thérapeutique pour l'indication enregistrée est prouvée ;
- la médication est administrée en dehors d'un essai clinique."

⁵ Le maxi forfait est dû en cas de surveillance médicale et infirmière:

a) lors d'une prestation effectuée sous anesthésie générale, sous la surveillance d'un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation;

b) lors de l'administration de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC mentionnés ci-après, si l'utilisation d'une perfusion intra-vasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable:

- o L01
- o V03AF
- o L03AX03."

c) lors de l'administration de médicaments enregistrés sous les codes ATC mentionnés sous b) mais pour lesquels aucun remboursement n'a encore été fixé, si l'utilisation d'une perfusion intra-vasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable et qu'il est satisfait aux conditions cumulatives suivantes:

- l'utilité thérapeutique pour l'indication enregistrée est prouvée
- la médication est administrée en dehors d'un essai clinique.

§ 5. Le forfait d'hôpital de jour est dû pour les prestations reprises à l'annexe I de la présente convention pour autant qu'elles soient réalisées en hôpital de jour.

La valeur du forfait d'hôpital de jour est fixée à :

- forfait « Groupe 1 » : 165,02 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 1» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 2 » : 201,57 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 2» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 3 » : 291,14 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 3» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 4 » : 207,45 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 4» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 5 » : 215,70 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 5» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 6 » : 256,97 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 6» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 7 » : 212,17 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 7» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention.

§ 6. La liste nominative des prestations en annexe I à la présente convention est revue et mise à jour annuellement par la Commission de convention.

§ 7. En cas d'utilisation de la salle de plâtre dans les mêmes conditions de durée de séjour que celles fixées au § 1^{er}, un montant forfaitaire de 29,95 euros est dû en cas de pose d'un plâtre, de bandes plâtrées ou de dispositifs de contention à base de matière synthétique comme matériel de substitution aux plâtres/ bandes plâtrées classiques

- pour toute fracture ou luxation
- ou pour tout traitement orthopédique
- ou prise de moulage d'une valeur relative égale ou supérieure à N 66.

Les matières plâtrées peuvent être portées en compte en conformité avec la section 9 de la partie I, chapitre 2, de la liste figurant en annexe à l'AR du 24/10/2002. En cas d'utilisation de matériel synthétique, la facturation est autorisée à concurrence du montant d'une simple bande plâtrée et la différence entre le coût réel et le remboursement reste à charge du patient.

§ 8. Un forfait pour le traitement de la douleur chronique est dû dans le cas d'une prestation reprise à l'annexe II de la présente convention pour autant qu'elle soit réalisée en hôpital de jour.

La valeur du forfait douleur chronique est fixée à :

- « forfait 1 douleur chronique » : 231,02 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait 1 douleur chronique» de la liste nominative des prestations figurant

à l'annexe II à la présente convention;

- « forfait 2 douleur chronique » : 128,49 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait 2 douleur chronique» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II à la présente convention;
- « forfait 3 douleur chronique » : 100,18 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée dans la catégorie "Forfait 3 maladie chronique" de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II de la présente convention."

La liste nominative des prestations en annexe II à la présente convention peut être revue et mise à jour annuellement par la Commission de convention.

§9 En cas de la manipulation d'une voie d'accès intraveineux par dispositif d'accès intraveineux sous-cutané dans le but de réaliser le même jour :

- un acte d'imagerie médicale, repris à l'article 17 et 17ter (radiologie), 17bis et 17 quater (Echographie) ou à l'article 18 (médecine nucléaire) de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités , nécessitant l'injection d'un produit de contraste ou radio-isotopique par voie intraveineuse ;

et/ou

- un prélèvement sanguin en vue d'analyses biologiques reprises à l'article 3 §1^{er}, A, II et C, I ou à l'article 18, §2, B, e) ou à l'article 24, § 1^{er} ou à l'article 24 bis (biologie moléculaire) ou à l'article 33 (examens génétiques) ou à l'article 33bis (biologie moléculaire) de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

un forfait de 28,38 euros peut être porté en compte (=forfait manipulation d'un cathéter à chambre).

§ 9bis inséré par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017

§ 9bis. Pour l'application de cette Convention, l'hospitalisation à domicile est assimilée aux situations prévues au §4 ou §5, et considérée comme prestée dans le périmètre de soins de l'hôpital sous la responsabilité de l'hôpital. Son financement est réglé par la convention "hospitalisation à domicile", conclue entre le Ministre de la Santé publique et l'hôpital en application de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

Pour l'application de l'article 80ter de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, le bénéficiaire, qui selon les dispositions de la Convention conclue en application de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, est soigné en hospitalisation à domicile, est assimilé à un bénéficiaire hospitalisé. Par conséquent, l'accord préalable du médecin-conseil pour les spécialités pharmaceutiques du chapitre IV de la liste annexée à l'arrêté précité du 21 décembre 2001 qui sont délivrés par l'officine hospitalière à des bénéficiaires en hospitalisation à domicile, n'est pas requis si le bénéficiaire concerné répond aux conditions de remboursement prévues dans la liste, sauf si les conditions de remboursement mentionnent explicitement qu'un accord préalable du médecin-conseil est requis. Lorsqu'une spécialité pharmaceutique visée à l'article 95, § 3, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 est prescrite à un patient qui est soigné en hospitalisation à domicile, conformément aux dispositions prévues par cet article, il est présumé de façon irréfragable que le bénéficiaire concerné satisfait aux conditions de remboursement prévues dans la liste, et l'autorisation du médecin-conseil n'est par conséquent pas requise.

Si lors d'un contrôle effectué par le médecin-conseil de l'organisme assureur d'une facturation en tiers payant à l'organisme assureur, il s'avère que le patient ne remplissait pas

les conditions de remboursement du chapitre IV, une rectification de la facture du patient avec mise à sa charge du montant rejeté par l'organisme assureur, n'est pas permise (*).

(*) sur base des dispositions de l'article 8, § 2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

§ 10. Le cumul des montants visés au, § 4, § 5, § 8 et 9 de cet article avec le montant par journée d'entretien visé à l'article 3 n'est pas possible.

§10 alinéa 2 remplacé par 2^{ème} avenant du 29/06/2015 en vigueur le 01/07/2013 6

Les montants prévus au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique) et § 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre) ainsi que les montants par admission et par journée en cas d'hospitalisation de jour chirurgicale comme stipulé à l'article 3, ne sont pas dus pour un patient hospitalisé sauf s'il est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique, un service Sp ou un service G pour autant que ces deux derniers services ne fassent pas partie d'un hôpital aigu.

Les montants prévus aux § 5 (forfait d'hôpital de jour) sont dus dans le cas des prestations 355084, 453165, 453180, 453563, 453585, 453600, 464166, 464181, 464203, 589024, 589061, 589120, 589142, 589164, 589186, 589223 lorsque les soins en question sont dispensés à un bénéficiaire qui est hospitalisé dans un autre établissement hospitalier.

§ 11. Si, pour la même admission d'un patient en hôpital de jour, il est effectué plusieurs prestations donnant lieu à la facturation d'un montant prévu au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre) et/ou § 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre) seul le montant le plus élevé peut être porté en compte.

Si, pour la même admission d'un patient en hôpital de jour, il est effectué une prestation donnant lieu à la facturation d'un montant prévu au § 8 (forfait douleur chronique), les montants prévus au § 4 (maxi forfait) ne sont pas dus.

La facturation du forfait «manipulation d'un cathéter à chambre» (§9) ne peut être cumulée avec aucun autre forfait défini à l'article 4.

Lorsque pour la même admission d'un patient en hôpital de jour, sont exécutées aussi bien une prestation visée au § 5 (forfait d'hôpital de jour) et/ou au § 7 (salle de plâtre) et/ou au § 8 (forfait douleur chronique), seul le montant le plus élevé peut être porté en compte.

Article 4, §11, 5^{ème} alinéa modifié par 6^{ème} avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017

Si en plus des prestations donnant lieu à la facturation d'un montant prévu aux § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique), et/ou au § 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre), il est effectué une prestation donnant lieu à l'attestation de montants tels que ceux visés dans l'article 3 en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour où une prestation est effectuée qui figure dans l'annexe 3, 5. (liste A)⁷ de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002 ou une prestation visée à l'article 101bis de ce même arrêté, seul les montants par admission et par jour sont dus.

§ 12. Le montant des forfaits visés aux § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9 sont indexés chaque année en date du 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur de l'indice santé, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente.

Alinéa inséré par 4^{ème} avenant du 21/11/2016 en vigueur le 21/11/2016

6 Les montants prévus au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique) et § 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre) ne sont pas dus pour un patient hospitalisé sauf s'il est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique, un service Sp ou un service G pour autant que ces deux derniers services ne fassent pas partie d'un hôpital aigu.

⁷ l'annexe 3, 6. (liste A)

Par dérogation à l'alinéa précédent, la Commission de conventions établissements hospitaliers – organismes assureurs peut, au plus tard le 31 décembre de l'année en cours et avec le même quorum que le quorum requis pour conclure une convention, décider d'utiliser différemment la marge financière pour l'indexation des forfaits prévue dans l'objectif budgétaire de l'année civile suivante, afin de poursuivre le développement de l'hôpital de jour. La Commission de conventions peut prendre cette décision une première fois pour la masse d'indexation prévue dans l'objectif budgétaire pour l'année 2017.

Pour couvrir la charge de l'évolution de l'ancienneté du personnel, à cette même date, les forfaits visés aux § 5, § 8 et § 9 sont également adaptés selon le pourcentage de majoration octroyé au cours de l'année civile précédente dans le cadre du calcul du budget des moyens financiers tel que prévu par l'arrêté royal du 25 avril 2002.

Ces mêmes forfaits visés au § 5 et au § 8 et § 9 peuvent en outre être adaptés chaque année, par avenant à la présente convention, en fonction des dispositions des accords sociaux applicables au secteur hospitalier.

Les majorations visées aux deux alinéas précédents sont calculées en proportion des charges salariales qui composent les forfaits.

§ 13. Un groupe permanent, créé au sein de la Commission des conventions, est chargé de suivre l'évolution de l'hospitalisation de jour ainsi que des forfaits prévus à l'article 4; ce groupe de travail permanent fait rapport de ses travaux à la Commission des conventions.

CHAPITRE IV : Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Art.5 remplacé par 5^{ème} avenant du du 15/02/2017 en vigueur le 1/03/2017⁸

Article 5.

Par hémodialyse exécutée dans un centre d'hémodialyse chronique agréé par l'autorité compétente, est dû le montant tel que fixé dans la convention spécifique concernant le financement de l'hémodialyse qui a été conclue avec les centres concernés en application de l'article 22, 6 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 5bis.

Pour des bénéficiaires admis dans un service isolé de gériatrie et revalidation (G) ou un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (Sp) isolé qui doivent, dans un hôpital général ou un service collectif d'autodialyse :

1° soit suivre un traitement (traitement chimiothérapique, traitement par radiations) comme prévu à l'article 1^{er}, 1° et 2°, de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

2° soit subir une hémodialyse chronique ou une dialyse péritonéale comme prévu à l'article 1^{er} et article 4, §1^{er}, de l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71 bis §§ 1^{er} et 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

l'établissement hospitalier peut porter en compte à l'organisme assureur, pour les frais de voyage aller-retour, une indemnité à raison de 0,25 EUR par km sur la base de la distance réelle entre l'hôpital avec le service isolé Sp ou G et le service spécialisé de l'hôpital ou le service collectif d'autodialyse où il suit son traitement, avec un maximum de deux fois trente kilomètres, en sus de l'intervention prévue au budget des moyens financiers visé à l'article 102 de la loi sur les hôpitaux.

CHAPITRE V : Intervention du patient dans les frais de séjour

Article 6.

§ 1^{er}. Sans préjudice des dispositions de l'article 97 (suppléments de chambre) de la loi relative aux hôpitaux, le budget des moyens financiers tel que visé dans l'article 95 de la même loi couvre de manière forfaitaire les frais résultant du séjour du bénéficiaire en chambre commune et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier. Ne sont pas compris dans ces montants, les coûts prévus dans l'article 102 de la loi sur les hôpitaux.

⁸ Art.5.Par hémodialyse effectuée dans un centre d'hémodialyse chronique agréé par l'autorité compétente, est dû le montant prévu et dans les conditions spécifiques de l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, § 1 et § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

§ 2. Sans préjudice des dispositions de l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux, les montants tels que visés dans l'article 4, § 5 et § 8 couvrent, de manière forfaitaire les frais suivants résultant du séjour du bénéficiaire et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier pour les prestations telles que visées aux annexes I et II :

- Les frais généraux et administratifs
- Le confort du patient (litière et buanderie)
- Les frais de prise en charge du patient (entretien et chauffage)
- Le temps de travail infirmier (préparation, rangement de la salle, temps consacré au patient pendant la préparation, au cours de l'intervention et durant le post traitement)
- Le coût du matériel courant de l'anesthésie (pour tous les types d'anesthésie)
- Les coûts du lieu de prestation, salle de réveil et chambre du patient (petit matériel courant utilisé tant à usage unique que restérilisable)
- Les boissons et nourriture.

Art.6, §2 bis, modifié par 5^{ème} avenant du 15/02/2017 en vigueur le 1/03/2017⁹

§ 2bis. Sans préjudice des dispositions de l'article 97 (suppléments de chambre) de la loi sur les hôpitaux, le montant dans l'article 4, §4 b) et §9, couvre, de manière forfaitaire les frais suivants résultant du séjour du bénéficiaire et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier pour la prestation visée à l'article 4, §4 b) et §9:

- Les frais généraux et administratifs
- Le temps de travail infirmier
- Le petit matériel courant utilisé tant à usage unique que restérilisable

Art.6, §3, alinéa 1er, modifié par 5^{ème} avenant du 15/02/2017 en vigueur le 1/03/2017¹⁰

§ 3. Sans préjudice des dispositions de l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux, les montants tels que visés dans l'article 4, § 4, a) et § 7, couvrent de manière forfaitaire les frais résultant du séjour du bénéficiaire et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier.

Ne sont pas compris dans ces montants, le coût des spécialités pharmaceutiques ainsi que les honoraires des dispensateurs de soins et autres coûts relatifs aux prestations de santé énumérées ci-après :

- a) les soins courants et les prestations techniques de diagnostic et de traitement donnés par les médecins de médecine générale et les médecins-spécialistes;
- b) les soins donnés par les kinésithérapeutes;

Article 6, §3 point c) modifié par 6^{ème} avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017

- c) les prestations visées respectivement à l'article 9, a) (obstétrique), article 36 (logopédie), article 5 et article 14 I) (soins dentaires, stomatologie et prestations liées), et à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs¹¹ ;
- d) la fourniture de lunettes et autres prothèses de l'œil, d'appareils auditifs, d'appareils orthopédiques, de matières plâtrées et assimilées, d'autres prothèses, d'implants et d'autres produits ou équipements à visée thérapeutique, délivrés sur demande médicale et destinés à être emportés par le patient lors de sa sortie de l'hôpital pour la poursuite de son traitement à domicile;
- e) tous les soins et toutes autres prestations nécessités par la rééducation fonctionnelle et réadaptation professionnelle.

Art. 6, § 4, ajouté par 1^{er} avenant du 10 mars 2014 en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

§4. Dans les situations qui nécessitent des soins urgents dans un lit d'hôpital et/ou dans les cas où une perfusion intraveineuse ou sous-cutanée est administrée, sans préjudice de

⁹ les mots « article 4, §9 » sont chaque fois remplacés par les mots « article 4, §4 b) et §9

¹⁰ les mots « article 4, § 4 et § 7 » sont remplacés par les mots « article 4, § 4, a) et § 7

¹¹ aux articles 35 et 35 bis (implants) de la nomenclature des prestations de santé

l'article 97 de la loi sur les hôpitaux, le budget des moyens financiers couvre de manière forfaitaire les frais qui découlent du séjour du bénéficiaire dans l'établissement et des soins qui ont été dispensés à ce bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.

Ce budget ne comprend pas le coût des spécialités pharmaceutiques, ni les honoraires des dispensateurs de soins et autres frais liés aux prestations de santé énumérées ci-après :

- a) les soins de santé ordinaires et les prestations techniques en matière de diagnostic et de traitement par les médecins généralistes et les médecins spécialistes ;
- b) les soins réalisés par des kinésithérapeutes ;

Article 6, §4 point c) modifié par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017

- c) les prestations visées respectivement aux articles 9, a) (obstétrique), 36 (logopédie), 5 et 14 l) (soins dentaires, stomatologie et prestations y afférentes) et à l'annexe 1 de l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs¹² ;
- d) la fourniture de lunettes et autres prothèses oculaires, appareils auditifs, appareils orthopédiques, matériel de plâtre et matériel assimilé, autres prothèses, implants et autres produits ou équipements à visée thérapeutique, qui sont fournis sur prescription médicale et destinés à être emportés par le patient à son domicile après son renvoi de l'hôpital pour la poursuite de son traitement à domicile ;
- e) tous les soins et autres prestations qui sont requis pour la rééducation fonctionnelle et professionnelle.

Article 6 complété par 2ème avenant du 29/06/2015 en vigueur le 01/07/2013

§5 En application de l'article 97 de loi des hôpitaux il n'est pas permis de facturer des suppléments de chambre au patient pendant le séjour dans une unité de soins intensifs.

Article 7.

§ 1^{er}. Au bénéficiaire hospitalisé dans une chambre commune et dans un chambre à deux lits, quel que soit le service et au plus tôt au moment de l'admission, un acompte de 150 euros maximum peut être demandé pour les frais de séjour (tels que prévus à l'article 1^{er} de l'A.R. du 5 mars 1997), l'intervention personnelle forfaitaire dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables (telle que prévue à l'article 2, b de l'A.R. du 7 mai 1991), la quote-part complémentaire du patient relative au premier jour d'hospitalisation (telle que prévue à l'article 2, §3 de l'A.R. du 21 septembre 1993) et les autres interventions personnelles dans le prix de la journée d'entretien.

Ce maximum est ramené à 75 euros pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé qui n'ont pas droit à l'intervention majorée de l'assurance et à 50 euros pour les personnes qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance ainsi que pour les personnes à leur charge.

Les montants visés aux alinéas précédents peuvent être revus par la Commission des conventions s'il apparaît que la somme de sept fois l'intervention personnelle dans les frais de séjour du 1^{er} au 7^{ème} jour d'hospitalisation, comme prévu à l'article 1^{er} de l'A.R. du 5 mars 1997, et de l'intervention personnelle forfaitaire dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables, comme prévu à l'article 2, b de l'A.R. du 7 mai 1991, majorée du montant défini à l'article 2, § 3, de l'A.R. du 21 septembre 1993 et de toute autre intervention personnelle dans le prix de la journée d'entretien, les dépasse.

§2. Au bénéficiaire hospitalisé à sa demande dans une chambre à un lit, avec supplément de chambre, il peut être demandé un acompte supplémentaire qui atteint au maximum sept fois le montant du supplément pour une chambre à un lit.

¹² aux articles 35 et 35bis (implants) de la nomenclature des prestations de santé

§ 3. Un nouvel acompte comme prévu au § 1^{er} et au § 2 du présent article peut être réclamé au début de chaque nouvelle période de séjour de sept jours.

§ 4. En cas de trop-perçu par le biais des acomptes, le solde dû au patient doit être réglé au guichet de l'établissement au cas où, lors de la sortie du bénéficiaire, la facture définitive est payée au comptant ; sinon, le solde est réglé lors de l'envoi de la facture au bénéficiaire. Le solde est remboursé dans les 3 mois qui suivent la fin du mois dans lequel le bénéficiaire a quitté l'établissement.

§ 5. L'impossibilité de payer l'acompte ne peut constituer un motif de refuser le séjour d'un bénéficiaire dans une chambre de l'établissement hospitalier au prix visé à l'article 95 de la loi sur les hôpitaux.

§6. Au bénéficiaire qui est traité dans une des situations décrites à l'article 4 de la présente convention ou en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour où une prestation est effectuée qui figure dans l'annexe 3, 6. (liste A) de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002 ou une prestation visée à l'article 101bis de ce même arrêté, il ne peut être réclamé aucun acompte, de quelque nature qu'il soit, sauf s'il a exigé d'être soigné dans une chambre à un lit. Dans ce cas, l'acompte s'élève au maximum au montant du supplément pour une chambre à un lit.

§ 7 Si l'hôpital en application de l'article 1 de l'arrêté royal du 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, est informé de manière irréfutable au moment où l'acompte aurait été demandé, de ce que le bénéficiaire bénéficie du maximum à facturer, celui-ci ne peut plus facturer d'acompte pour couvrir les frais déterminés au § 1 du même article, en cas de séjour dans une chambre commune ou une chambre à deux lits. En cas de séjour dans une chambre à un lit, il peut être demandé un acompte qui atteint au maximum sept fois le montant du supplément pour une chambre à un lit.

Article 8.

L'établissement s'engage à ne pas porter en compte au patient d'autres frais que :

a) les frais prévus à :

- o l'article 3 (montants par admission et par journée d'entretien);
- o article 4, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9;
- o l'article 97 de la loi sur les hôpitaux, (suppléments de chambre) dans les conditions prévues par cet article et ses arrêtés d'exécution ;
- o l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ; ce montant reste dû en cas de congé pour autant que l'établissement délivre au patient les fournitures pharmaceutiques nécessaires à la poursuite de son traitement pendant la durée du congé;
- o l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation;
- o l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §1 et § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (hémodialyse).

Inséré par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017

- o la convention "hospitalisation à domicile" conclue entre le Ministre de la Santé publique et l'hôpital en application de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

- b) les frais conformément à l'article 6;
- c) les produits et services sans indication médicale stricte et fournis à la demande du patient ou son représentant. Lors de son admission, le patient ou son représentant reçoit la liste des produits et services les plus couramment demandés et des tarifs qui peuvent être portés en compte ; cette obligation entre en vigueur le 1^{er} septembre 2007.

Pour la fourniture de produits et services qui n'apparaissent pas sur cette liste, l'accord du patient ou de son représentant est requis.

Ces produits et services, livrés par l'hôpital, sont portés en compte au patient exclusivement au moyen de la facture, à la rubrique «frais divers».

L'établissement s'engage, dans les limites de sa compétence, à créer autant que possible, vis-à-vis de ses patients, la transparence quant à ces produits. A cet effet, la liste visée au point c) ci-dessus contient un alinéa incitant le patient à s'informer de la façon la plus complète possible sur ces produits.

Inséré par 7ème avenant du 03/07/2018 en vigueur le 31/10/2018.

L'établissement s'engage pour une spécialité pharmaceutique administrée par voie inhalée – gazeux, lorsque le code ATC 5e niveau n'est pas repris dans la liste constituant l'annexe IV de l'A.R. du 1er février 2018, à ne facturer en aucun cas une spécialité pharmaceutique avec ce même ATC5e niveau au patient.

Chapitre VI : Paiements et modalités de facturation

Article 9.

Pour l'application du régime du tiers payant, la réglementation telle qu'elle a été établie par l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, alinéa 8, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et par le règlement du 29 décembre 1986, pris en exécution de l'arrêté royal précité du 10 octobre 1986, est applicable.

Le paiement des factures des établissements hospitaliers a lieu au plus tard dans les deux mois qui suivent celui au cours duquel les documents nécessaires à la facturation, tels que prévus par le Règlement des soins de santé, ont été reçus par l'organisme assureur. Le délai court à partir de la date de réception figurant sur le bordereau transmis aux établissements hospitaliers, pour autant que lesdits documents aient été introduits conformément aux dispositions légales et réglementaires en la matière et qu'ils aient été acceptés par l'organisme assureur.

Dans la mesure où les documents ont été transmis par l'établissement dans les délais fixés par le Comité de l'assurance, le non paiement dans le délai prévu au 2^{ème} alinéa donne droit à des intérêts moratoires dont le taux correspond au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne fixé à la date d'échéance du délai de paiement, majoré de 1,75 %. Ces intérêts moratoires sont calculés à partir du premier jour du troisième mois suivant celui de la date visée au 2^{ème} alinéa.

La charge de ces intérêts moratoires est imputée aux frais d'administration du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité si le retard est dû à la transmission tardive ou insuffisante des avances mensuelles visées à l'article 202 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Chapitre VII : Divers

Article 10.

L'établissement s'engage à fournir aux organismes assureurs les documents qui leur sont nécessaires au remboursement des prestations visées dans la présente convention et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière.

Article 11.

L'établissement s'engage à permettre aux médecins-conseil des organismes assureurs et aux médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission.

Article 12.

Sans préjudice des dispositions légales en la matière, la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions avec les établissements hospitaliers est compétente pour se prononcer sur tout litige découlant de l'application de la présente convention.

L'examen de ces litiges peut être confié à des comités régionaux institués par la Commission de convention qui fixe le règlement d'ordre intérieur.

Article 13.

L'objectif budgétaire des montants prévus à l'article 4 de la présente convention est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée, les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé sont les suivants :

- par priorité des mesures sélectives, qui doivent encore être précisées ;
- à défaut de mesures sélectives, une diminution linéaire des montants prévus à l'article 4, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9.

En cas de non application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées à l'article 40, § 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée ou de celles visées à l'article 18 de la même loi, une réduction automatique et immédiatement applicable du montant de l'intervention visée à l'article 4, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9 sera appliquée d'office, via une circulaire aux institutions et aux organismes assureurs, le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application des mesures de correction visées aux alinéas 2 et 3 ne peut être invoquée, ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère, pour dénoncer cette convention.

Article 14.

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Art. 14, alinéa 2 remplacé par 3ème avenant du 11/12/2015 en vigueur le 01/01/2016 13

Art. 14, alinéa 2 remplacé par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017 14

Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2019 et n'est pas tacitement reconductible.

13 Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2015 et n'est pas tacitement reconductible

14 Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2017 et n'est pas tacitement reconductible.

L'adhésion individuelle vaut pour la durée de la convention. Les établissements hospitaliers qui ont adhéré à la convention précédente sont, sauf manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours suivant l'envoi par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de la présente convention, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

Les deux parties se réservent le droit de dénoncer la présente convention par lettre recommandée, adressée au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité dans les conditions suivantes :

- soit par les trois quarts au moins des membres d'un des deux groupes représentés à la Commission de convention et dans ce cas, elle a pour effet d'annuler la convention à partir du 1^{er} janvier qui suit la dénonciation ;
- soit par tout établissement ayant adhéré à la convention et dans ce cas, elle a pour effet de faire cesser l'adhésion du seul établissement à partir du 1^{er} janvier qui suit la dénonciation.

Article 15.

Par dérogation aux dispositions de l'article 14, l'adhésion à la présente convention par un établissement hospitalier nouvellement agréé ou par un établissement hospitalier ayant fait l'objet d'une reprise ou d'une fusion entre en vigueur au premier jour du mois qui suit celui de la notification au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de l'adhésion, par ledit établissement, à la présente convention, sauf si cette adhésion s'effectue dans un délai de 30 jours suivant la réception, par l'établissement hospitalier, de la présente convention. Dans ce cas, l'adhésion produit ses effets à partir de la date de l'agrément, la reprise ou de la fusion.

Fait à Bruxelles le 29 novembre 2013.

Pour les associations des établissements
hospitaliers,

DEGRAEVE
HENRARD
LIETAR
MAHAUX
NOLIS
POEDTS
PRAET
VAN BREMPT

Pour les organismes assureurs,

ADRIAENS
COBBAERT
CROMMELYNCK
DAUGINET
DE PAEPE
DE WOLF
HUCHON
WOUTERS

ANNEXE I

LISTE NOMINATIVE DES PRESTATIONS VISEE A L'ARTICLE 4, § 5.

GROUPE 1

256874	256885	Curetage de fistule du cou
257294	257305	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique, et/ou bronchoscopie avec aspiration thérapeutique
257316	257320	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions
260271	260282	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'homme
260293	260304	Cystoscopie avec cathétérisme des uretères
312336	312340	Lambeau mucopériosté (y compris le glissement apical du lambeau mucopériosté) au-dessus d'une dent incluse dans le but de libérer la couronne dentaire
312351	312362	Enlèvement d'un élément surnuméraire inclus dans le maxillaire supérieur, dans la région de canine à canine
312373	312384	Transplantation hétérotopique de l'organe dentaire, y compris la création d'une néo-alvéole, fixation comprise
312395	312406	Transplantation dentaire transalvéolaire (ostéotomie de l'os environnant avec conservation du ligament dentaire), fixation comprise
471715	471726	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique
471730	471741	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions
471752	471763	Bronchoscopie avec ponction transcarinale et contrôle radioscopique éventuel
476652	476663	Cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse

GROUPE 2

212111	212122	Défibrillation électrique du cœur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du cœur 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
244370	244381	Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du sigmoïde par voie endoscopique, par séance
355751	355762	Ponction du foie.
355950	355961	Gastrostomie percutanée sous contrôle endoscopique en vue du placement d'une sonde d'alimentation entérale
451813	451824	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation n° 451894-451905, effectuée le même jour
451894	451905	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires, avec papillectomie (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation nr 451813-451824, effectuée le même jour
462814	462825	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation nr 462895 - 462906, effectuée le même jour
462895	462906	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires, avec papillectomie (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation 462814 - 462825, effectuée le même jour
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
472091	472102	Dilatation pneumatique de œsophage, par traitement
472172 ¹⁵	472183	Résection de kyste coccygien
473174	473185	Colonoscopie totale, c.à.d. atteignant l'angle droit du côlon ou la valvule iléo-caecale,
473211 ¹⁶	473222	Ablation de polypes du côlon à l'occasion d'une colonoscopie gauche ou totale
473270	473281	Traitement de varices œsophagiennes par voie endoscopique quel que soit le type de traitement endoscopique, y compris le produit éventuellement utilisé
473292	473303	Mise en place d'une prothèse œsophagiennes par méthode endoscopique, y compris la radioscopie éventuelle Les honoraires couvrent les frais de la prothèse utilisée.
473432	473443	Iléoscopie
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

¹⁵ Prestation supprimée par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 1/07/2017 - 472172 472183 Résection de kyste coccygien

¹⁶ Prestation supprimée par 5ème avenant du 17/02/2017 en vigueur le 1/03/2017 473211-473222 Ablation de polypes du côlon à l'occasion d'une colonoscopie gauche ou totale

473690	473701	Fibroduodéoscopie avec papillotomie
473712	473723	Placement d'une prothèse de dilatation des voies biliaires par fibroduodéoscopie
474751 ¹⁷	474762	Examen de l'iléum avec un endoscope muni d'un dispositif facilitant sa progression, par voie anale
474736 ¹⁸	474740	Examen des voies biliopancréatiques par endoscopie
474795 ¹⁹	474806	Excision d'une tumeur du tube digestif par mucosectomie, par endoscopie.
474832 ²⁰	474843	Section du muscle cricopharyngien, par endoscopie
474773 ²¹	474784	Fragmentation de calcul(s) biliaire(s) ou pancréatique(s) par laser ou sonde électrohydraulique

¹⁷ Prestation ajoutée par 5^{ème} avenant du 17/02/2017 en vigueur le 1/03/2017

¹⁸ Prestation ajoutée par 5^{ème} avenant du 17/02/2017 en vigueur le 1/03/2017

¹⁹ Prestation ajoutée par 5^{ème} avenant du 17/02/2017 en vigueur le 1/03/2017

²⁰ Prestation ajoutée par 5^{ème} avenant du 17/02/2017 en vigueur le 1/03/2017

²¹ Prestation ajoutée par 5^{ème} avenant du 17/02/2017 en vigueur le 1/03/2017

GROUPE 3

453154	453165	Artériographie viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine
453176	453180	Artériographie viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, quel que soit le nombre d'artères
453235	453246	Radiographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches, minimum trois clichés (non cumulable avec la prestation n° 453294-453305, effectuée le même jour)
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)
453294	453305	Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés
453316	453320	Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum 3 clichés
453552	453563	Angiographie digitale du ventricule droit et/ou artère pulmonaire (minimum une incidence)
453574	453585	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque
453596	453600	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage
454016	454020	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés
454031	454042	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, plus de deux incidences, minimum 8 clichés
454053	454064	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum 3 clichés
454075	454086	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum deux incidences différentes et 10 clichés
464155	464166	Angiographie digitale du ventricule droit et/ou artère pulmonaire (minimum une incidence)
464170	464181	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque
464192	464203	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage
464236	464240	Radiographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches, minimum 3 clichés (non cumulable avec la prestation nr 464295 - 464306, effectuée le même jour)
464273	464284	Radiographie de l'aorte abdominale et de ses branches et artériographie des membres inférieurs (minimum 6 clichés ou 3 clichés d'un mètre)
464295	464306	Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés
464310	464321	Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum 3 clichés
465010	465021	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés

465032	465043	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, plus de deux incidences, minimum 8 clichés
465054	465065	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum 3 clichés
465076	465080	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum deux incidences différentes et 10 clichés
476276	476280	Examen électrophysiologique approfondi en vue de l'éveil et de l'arrêt de tachycardies au moyen de trois cathéters ou plus, y compris la prise d'échantillons de sang, les contrôles radioscopiques et électrocardiographiques, l'administration de produits pharmaceutiques et opacifiants, avec protocole et tracés
476291	476302	Examen électrophysiologique restreint en vue de l'étude de la fonction du nœud sino-auriculaire et de la conduction atrioventriculaire au moyen d'un ou de plusieurs cathéters, y compris les enregistrements électrocardiographiques
589013	589024	Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère coronaire y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion du cathéter de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour l'ensemble des artères coronaires
589050	589061	Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutique et de contraste . Pour les artères autres que les artères coronaires
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 faciale, thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation
589153	589164	Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant la dissolution d'un ou de plusieurs caillots, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux coronaires
589212	589223	Mise en place endovasculaire percutanée d'un filtre dans la veine cave, y compris la cavographie de contrôle
589374	589385	Plastie endovasculaire percutanée de la veine pour sténose veineuse à la suite d'un traitement chronique par hémodialyse ou pour compression de la veine cave supérieure ou inférieure de la veine sous-clavière ou de la veine iliaque par processus expansif, y compris les manipulations et les contrôles au cours du traitement et/ou le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, des produits pharmaceutiques et de contraste et du ou des stent(s) éventuel(s)

GROUPE 4

149170	149181	Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang, de concentré de globules rouges ou de plaquettes pour une indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique
251591	251602	Enlèvement d'une prothèse mammaire, pour raison de complication documentée, par sein
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
470013	470024	Transfusion de globules blancs avec le prélèvement au donneur (échange du contenu en leucocytes de 2 l. de sang minimum)
470271	470282	Surveillance médicale d'une transfusion à haut risque de sang complet, de globules rouges, de concentré de plaquettes sanguines, granulocytes ou lymphocytes
474331	474342	Exsanguinotransfusion
474655	474666	Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang ou de plasma chez un enfant de moins de sept ans

GROUPE 5

230252	230263	Neurolyse intrafasciculaire sous microscope opératoire
232094	232105	Réparation nerveuse par sutures ou greffe Suture interfasciculaire (Millesi) d'un nerf dans un champ opératoire
275273	275284	Arthroplastie acromio-claviculaire
275892	275903	Arthroplastie d'une articulation d'un doigt
275936	275940	Arthrodèse d'une articulation d'un doigt
276290	276301	Désinsertion des muscles fléchisseurs de l'avant-bras pour séquelles d'un syndrome des loges de deux tendons
276312	276323	Transplantations tendineuses à l'avant-bras ou à la main : de trois tendons ou plus
277756	277760	Cure d'une tumeur intra-osseuse d'un os de la main ou du pied
277771	277782	Cure d'une tumeur intra-osseuse d'un os autre que ceux de la main ou du pied
278530	278541	Cure chirurgicale d'une lésion du bourrelet supérieur (SLAP lésion) : par ténotomie
278552	278563	Cure chirurgicale d'une lésion du bourrelet supérieur (SLAP lésion) : par ténodèse
278574	278585	Cure chirurgicale d'une lésion du bourrelet supérieur (SLAP lésion) : par suture
278596	278600	Traitement chirurgical du syndrome compressif du nerf ulnaire : par translocation sous-musculaire du nerf et/ou épitrochléoplastie
278611	278622	Traitement chirurgical d'un syndrome compressif du nerf radial au delà du coude
278633	278644	Traitement chirurgical d'un syndrome compressif du nerf médian au coude ou à l'avant-bras
278655	278666	Dénervation du poignet
278714	278725	Dénervation articulaire ou sympathectomie au niveau d'un doigt
278736	278740	Suture ligamentaire d'une articulation d'un doigt
278751	278762	Ligamentoplastie d'une articulation d'un doigt
278773	278784	Libération du canal de Guyon
278795	278806	Excision d'une tumeur ténosynoviale de la main ou du pied (Giant Cell Tumor)
278810	278821	Excision d'une tumeur des tissus mous de la main ou du pied à l'exception de toute structure kystique
278832 ²²	278843	Ténosynovectomie des extenseurs

²² Prestation supprimée par 1er avenant du 10 mars 2014 en vigueur le 1^{er} janvier 2014 : 278832 – 278843 Ténosynovectomie des extenseurs

278854	278865	Ténosynovectomie des fléchisseurs, sauf pour libération du canal carpien
280512	280523	Incision de gaine tendineuse
287276	287280	Exérèse de bursite olécrânienne avec ou sans résection ostéopériostée
287291	287302	Traitement chirurgical du syndrome compressif du nerf ulnaire : par translocation sous-cutanée ou neurolyse in situ
287733	287744	Ténolyse des fléchisseurs
288072	288083	Incision et drainage des phlegmons profonds de la paume
293414	293425	Ablation d'exostose sous-unguéale
471796	471800	Bronchoscopie avec extraction de corps étranger ou mise en place d'un élément prothétique

GROUPE 6

220253	220264	Cure chirurgicale de phlegmon profond
227113	227124	Intervention chirurgicale pour gynécomastie
238092	238103	Ligature, fulguration (vein eraser) ou résections étagées de 2 ou 3 veines variqueuses
238136	238140	Exérèse totale de la veine saphène externe
238151	238162	Résection isolée de la crosse de la saphène interne
241894	241905	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice bilatérale
244510	244521	Résection de fissure anale
244576	244580	Cure complète d'hémorroïdes internes multiples par diathermorésection ou résection chirurgicale
244591	244602	Excision ou diathermorésection d'un paquet hémorroïdaire interne unique avec dilatation anale
251296	251300	Greffe dermo-épidermique couvrant une surface de 10 cm ² à 50 cm ²
251355	251366	Greffe de peau totale (y compris le recouvrement de la surface donneuse) couvrant une surface de 10 cm ² à 50 cm ²
251672	251683	Placement sous-cutané d'une prothèse d'expansion
253654	253665	Greffe de peau totale (y compris le recouvrement de la surface donneuse) couvrant une surface inférieure à 10 cm ² , au niveau de la face
254833	254844	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus
254855	254866	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus
256896	256900	Intervention chirurgicale pour fistule congénitale du cou
258075	258086	Microlaryngoscopie en suspension (Kleinsasser) avec ou sans prélèvement biopsique
260750	260761	Ablation de tumeur de l'épididyme
261155	261166	Réduction chirurgicale de paraphimosis
275730	275741	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un os de la main
276732	276743	Synovectomie totale de la cheville ou de l'arrière-pied (y compris l'ostéochondromatose)
277012	277023	Cure chirurgicale de pseudarthrose(s) : un os de l'avant-pied à l'exclusion de l'orteil
277056	277760	Arthroplastie ou capsulectomie ou synovectomie métatarso-phalangienne : plus d'un rayon par la même incision
277115	277126	Cure chirurgicale de l'hallux valgus ou flexus : par plus d'une ostéotomie (métatarse ou phalange) et geste sur les tissus mous

277174	277185	Cure chirurgicale de l'hallux rigidus : par cheilectomie et ostéotomie (métatarse ou phalange)
277196	277200	Cure chirurgicale de l'hallux rigidus : par cheilectomie et plus d'une ostéotomie (métatarse ou phalange)
277351	277362	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique d'un ou des ligaments croisés du genou, quelle que soit la technique
279090	279101	Cure chirurgicale du conflit tibio-talaire au moyen d'un geste sur les tissus mous
279112	279123	Cure chirurgicale du conflit tibio-talaire au moyen d'un geste sur les tissus osseux
280556	280560	Exploration tendineuse
280593	280604	Ténotomie
280615	280626	Allongement tendineux
292132	292143	Cure chirurgicale de pseudarthrose(s) : un os de l'arrière du pied et/ou du médio-pied
293333	293344	Cure chirurgicale de l'hallux valgus ou flexus : par une ostéotomie du métatarse et geste sur les tissus mous
294630	294641	Désinsertion de l'aponévrose plantaire (Steindler)
294652	294663	Aponévrectomie plantaire
294696	294700	Evidement du sinus du tarse
300392	300403	Traitement de l'ostéochondrite par ostéosynthèse
300414	300425	Suture d'une déchirure méniscale chez un patient de moins de 25 ans
310435	310446	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus
310450	310461	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus
311393	311404	Ostéotomie double (prélèvement compris) d'un os du massif osseux de la face
311651	311662	Enlèvement d'une racine ou de corps étrangers par la fosse canine
312071	312082	Pharyngoplastie (type Sanvenero-Rosselli)
312535	312546	Excision pour biopsie d'un petit ganglion profond du cou
422671		Accouchement effectué par une accoucheuse dans le cadre d'une hospitalisation de jour pendant un jour ouvrable
423673		Accouchement effectué par une accoucheuse dans le cadre d'une hospitalisation de jour durant le week-end ou un jour férié
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
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

431115	431126	Ovarectomie ou plastique ovarienne, unilatérale ou bilatérale
431432	431443	Salpingectomie et salpingostomie
431653	431664	Myomectomie par voie abdominale ou vaginale
432456	432460	Résection complète de l'endomètre, y compris l'hystéroscopie et le curetage.
589116	589120	Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques par des moyens physiques et chimiques, dans la région encéphalique ou médullaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation
589175	589186	Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant à la recanalisation d'une occlusion vasculaire documentée, par fibrinolyse, par recanalisation mécanique, par utilisation d'énergie (thermique, laser, radiofréquence) et par aspiration, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion des cathéters d'angioplastie, des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires

GROUPE 7

148072 ²³	148083	Suture par fils de plaies de la face nécessitant la résection de tissus nécrotiques et/ou l'hémostase des tissus sous-cutanés par ligature : Trois ou plus de trois plaies
212214	212225	Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'un ou plusieurs cathéters par voie veineuse pour stimulation atriale et/ou ventriculaire temporaire et/ou pour monitoring des pressions ou des débits cardiaques, y compris les éventuels contrôles radioscopiques télévisés, la dénudation et les contrôles électro cardiographiques
220091	220102	Prélèvement biopsique à la Daniels
220356	220360	Exérèse ganglionnaire
227032 ²⁴	227043	Exérèse d'une tumeur ou d'un kyste de la glande mammaire
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
256933	256944	Intervention chirurgicale pour kyste ou tumeur profonde du cou
257471	257482	Drainage prothétique transtympanal uni ou bilatéral
258532	258543	Intervention microchirurgicale du larynx pour la correction ou la préservation de la voix
260175	260186	Enlèvement d'un calcul urétéral par voie endoscopique, par séance, y compris la cystoscopie
260713	260724	Epididymectomie
261531	261542	Biopsie testiculaire
261612	261623	Méatoplastie par glissement de muqueuse
261811	261822	Pyélo- ou néphrostomie percutanée sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision
262356	262360	Urétéroscopie ou urétéroréno-scopie diagnostique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale.
262371	262382	Urétéroscopie ou urétéroréno-scopie thérapeutique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement de la lithiase, d'abcès, de lésions ou sténose.
276533	276544	Reconstruction du lit de l'ongle par greffe
287851	287862	Suture du lit de l'ongle
300355	300366	Nucléotomie percutanée pour hernie discale sous contrôle d'amplificateur de brillance
310914	310925	Traitement d'ostéite inflammatoire du maxillaire par curetage, en un ou plusieurs temps

²³ Prestation supprimée par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017- 148072 - 148083 Suture par fils de plaies de la face nécessitant la résection de tissus nécrotiques et/ou l'hémostase des tissus sous-cutanés par ligature : Trois ou plus de trois plaies

²⁴ Prestation supprimée par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017- 227032 - 227043 Exérèse d'une tumeur ou d'un kyste de la glande mammaire

311135	311146	Trépanation du maxillaire supérieur pour tumeur, ostéite, séquestre ou pour recherche de corps étrangers
311371	311382	Ostéotomie simple (prélèvement compris) d'un os du massif osseux de la face
311415	311426	Ostéotomie avec déplacement de parties de maxillaires ou chirurgie reconstructrice du maxillaire y compris la fixation d'une plaque et éventuellement le prélèvement d'un greffon osseux autogène
312012	312023	Ostéosynthèse pour fracture du maxillaire supérieur ou du malaire
312130	312141	Traitement par méthode simple de fracture d'un os du massif osseux de la face, à l'exclusion des os du nez
355073	355084	Traitement de la lithiase (rénale, biliaire, de pancréas) au moyen du lithotriporteur extracorporel par ondes de choc sous contrôle radioscopique ou échographique
431093	431104	Marsupialisation de la glande de Bartholin
431491	431502	Amputation du col utérin et plastie par lambeaux vaginaux (Sturmdorf)
431756	431760	Plastique vaginale et vulvaire
432294	432305	Conisation du col utérin
432353	432364	Procédure obstétricale invasive (amniocentèse, ponction foétale, cordocentèse) sous contrôle échographique
532210	532221	Ponçage ou dermabrasion par procédé chirurgical d'au moins la moitié du visage ou étendu à moins le cinquième de la surface du corps, à l'exclusion de techniques chimiques

ANNEXE II

LISTE NOMINATIVE DES PRESTATIONS VISEE A L'ARTICLE 4, § 8

Forfait douleur chronique 1

202355	202366	Cordotomie cervicale au moyen d'une technique percutanée par radiofréquence, avec utilisation de l'amplificateur de brillance
202392	202403	Traitement percutané du ganglion sphéno-palatin à l'aide de courants de radiofréquence, avec utilisation de l'amplificateur de brillance
202716	202720	Placement par tunnellation sous-cutanée et fixation d'un cathéter épidural, intrathécal ou plexique en vue d'une injection de longue durée d'analgésiques, avec ou sans utilisation de l'amplificateur de brillance
202753	202764	Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du système sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an
202775	202786	Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du ganglion coélique bilatéral, avec utilisation de l'amplificateur de brillance

Forfait douleur chronique 2

202370	202381	Traitement percutané du ganglion de Gasser à l'aide de courants de radiofréquence, de glycérol ou de compression à ballonnet, avec utilisation de l'amplificateur de brillance
202414	202425	Sympathectomie intraveineuse, attestable au maximum quatre fois par an, par séance
202436	202440	Blocage diagnostique sélectif de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an Traitement percutané par radiofréquence de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an:
202451	202462	au niveau cervical
202473	202484	au niveau thoracique
202495	202506	au niveau lombaire/sacré
202510	202521	Blocage diagnostique sélectif du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an

202532	202543	Traitement percutané par radiofréquence du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an
202576	202580	Blocage diagnostique sélectif du ganglion cervico-dorsal avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an
202591	202602	Traitement percutané par radiofréquence du ganglion cervico-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an
202635	202646	Blocage diagnostique sélectif du ganglion thoraco-dorsal avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an
202650	202661	Traitement percutané par radiofréquence du ganglion thoraco-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an
202694	202705	Cryothérapie d'un nerf ou d'un ganglion, attestable au maximum six fois par an
202731	202742	Blocage diagnostique sélectif du sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an
202790	202801	Infiltration radiculaire ou transforaminale, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, maximum une racine nerveuse par séance, attestable au maximum six fois par an

Forfait douleur chronique 3

202812 ²⁵	202823	Infiltration épidurale à visée thérapeutique au niveau lombaire, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an
202834	202845	Infiltration épidurale à visée thérapeutique, au niveau thoracique ou cervical, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an

²⁵ Prestation supprimée par 6ème avenant du 04/07/2017 en vigueur le 01/07/2017 - 202812-202823 Infiltration épidurale à visée thérapeutique au niveau lombaire, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an.