

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2011/132 du 1 avril 2011

10/337

En vigueur à partir du 1 février 2011

Neuvième avenant à la Convention nationale du 18 juin 2007 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs (HOP/2007)

Lors de la réunion du 18 janvier 2011, la Commission de conventions hôpitaux-OA a conclu un avenant à la convention nationale. Celui-ci comprend deux mesures.

Forfait manipulation cathéter à chambre

A partir du 1er février 2011 un nouveau forfait a été ajouté à l'hôpital de jour en vue d'indemniser les coûts liés à la manipulation d'un cathéter à chambre. L'utilisation d'un cathéter à chambre exige en effet diverses manipulations de l'art infirmier et de matériel afin d'éviter des complications, qui ne sont pas remboursées par d'autres sources de financement hospitalier.

Le forfait pour la manipulation d'un cathéter à chambre s'élève à 26,84 euros et couvre les frais suivants:

- les frais généraux et administratifs;
- le matériel exigé pour la manipulation d'un cathéter à chambre;
- la durée de l'activité infirmière.

La facturation de ce forfait est explicitement subordonnée au fait qu'une voie d'accès sous-cutanée est manipulée ayant pour but, le même jour:

- d'effectuer une prestation d'imagerie médicale figurant dans l'article 17 et 17ter (radiologie), 17bis et 17 quater (échographie) ou dans 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 moyen de contraste ou d'un radio-isotope par injection intraveineuse ;

et/ou

- d'effectuer une prise de sang en vue d'une analyse biologique figurant dans l'article 3, §1^{er}, A, II et C, I ou dans l'article 18, §2, B, e ou dans l'article 24, §1, ou dans l'article 24 bis (biologie moléculaire) ou dans l'article 33 (examen génétique) ou dans l'article 33bis (biologie moléculaire) de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Dans le cas de la manipulation d'un cathéter à chambre on ne pourra plus attester dans les cas cités, outre le forfait prévu, que les prestations de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et les produits pharmaceutiques utilisés (entre autres Heparine) selon la réglementation en vigueur.

Le forfait pour la manipulation d'un cathéter à chambre ne génère en d'autres termes aucun effet secondaire comme les honoraires de surveillance, de coordination, de permanence et les honoraires forfaitaires biologie clinique.

Les prestations précitées en matière d'imagerie médicale, de médecine nucléaire biologie clinique, biologie moléculaire et les examens génétiques doivent être attestées selon les règles existantes de la nomenclature des prestations de santé *en matière de d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités*. Cela implique qu'au moment de la manipulation du cathéter à chambre aucun cumul avec les honoraires pour une consultation par un radiologue ou un biologiste clinique n'est possible.

Le forfait pour la manipulation d'un cathéter à chambre est toutefois cumulable avec les honoraires pour d'autres consultations (par exemple oncologue médical, gériatre) le même jour pour le même patient moyennant le respect en la matière de toutes les règles de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Certains hôpitaux ont jusqu'à présent appliqué la nomenclature des soins infirmiers (rubriques 3° de l'article 8 de la nomenclature: cabinet du praticien de l'art infirmier), à condition qu'il soit satisfait à toutes les conditions. Parce que l'engagement infirmier dans l'hôpital de jour est rémunéré par ce nouveau forfait, le cumul des prestations 425810, 425356, 423415, 421116, 423430, 423054 de l'article 8, § 1^{er}, 3° de la nomenclature des soins infirmiers avec le nouveau forfait est interdit dans tous les cas.

En ce qui concerne l'indexation, le forfait pour la manipulation d'un cathéter à chambre suit les mêmes règles que celles qui ont été fixées pour les autres forfaits et que l'on retrouve dans l'article 4, § 11 de la convention nationale établissements hospitaliers-OA.

Pour la facturation de ce forfait via support électronique nous référons au point 4 de la mise à jour 2006/24 des instructions pour la facturation sur support magnétique ou électronique, publié sur le site web de l'INAMI le 22/2/2011. (<http://www.riziv.be/care/nl/infos/bill/index.htm>).

Sur la note d'hospitalisation, les hôpitaux doivent mentionner les données dans la rubrique « frais de séjour ».

Adaptation du règlement des avances

L'avenant prévoit en outre une interdiction de réclamer une avance aux patients dans une chambre commune ou une chambre à deux lits si l'hôpital (en application de l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, troisième alinéa, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé) est au courant du fait que ces patients bénéficient de l'avantage du maximum à facturer.

Si ces patients choisissent une chambre à un lit, on peut encore réclamer comme avance au maximum sept fois le supplément pour la chambre.

L'avenant entre en vigueur le 1^{er} février 2011.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

H. De Ridder
Directeur général.

Annexes :

[HOP-2007-decies](#)

[HOP- 2007 texte coordonné au 01-02-2011](#)

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité



Service des soins de santé

**Neuvième avenant à la Convention nationale du 18 juin 2007
entre les établissements hospitaliers
et les organismes assureurs (HOP/2007)**

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 18 janvier 2011, sous la présidence de Monsieur D. CRABBE, Conseiller général, délégué à cette fin par Monsieur H. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé,

Vu la législation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Il a été convenu ce qui suit entre :

d'une part,

les représentants des organismes assureurs,

et d'autre part,

les représentants des associations d'établissements hospitaliers.

Article premier

L'article 4, § 1 premier alinéa de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 18 juin 2007 est remplacé comme suit :

« **§1.** Les montants prévus au § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour) et § 8 (forfait douleur chronique) et 8bis (forfait manipulation d'un cathéter à chambre) sont dus dans les situations qui sont visées aux mêmes paragraphes, et ce aux conditions suivantes : »

Article 2.

Entre l'article 4, § 8 et l'article 4 § 9 de la même convention, est inséré le § 8bis suivant :

« **§8bis** 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 26,84 euros peut être porté en compte (=forfait manipulation d'un cathéter à chambre). ».

Article 3.

L'article 4, § 9, 1^{ière} et 2^{ième} alinéa de la même convention sont remplacé comme suit :

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

Les montants prévus au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique) et § 8bis (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. ».

Article 4.

L'article 4, § 10 de la même convention est remplacé comme suit :

« **§ 10.** 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 § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre) et/ou § 8bis (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 § 3 (mini forfait) et au § 4 (maxi forfait) ne sont pas dus. Par dérogation à cette règle, pendant la période du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008, si, pour une même admission en hôpital de jour, une prestation pour laquelle un mini forfait est dû et une prestation pour laquelle un « forfait 3 douleur chronique » est dû sont effectuées, le montant le plus élevé peut être porté en compte.

La facturation du forfait «manipulation d'un cathéter à chambre» 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.

Si en plus des prestations donnant lieu à la facturation d'un montant prévu aux § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique), et/ou au § 8bis (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, 6. (liste A) 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. ».

Article 5.

L'article 4, § 11 de la même convention est remplacé comme suit :

« **§ 11.** Le montant des forfaits visés aux § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 8bis 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.

Pour couvrir la charge de l'évolution de l'ancienneté du personnel, à cette même date, les forfaits visés au § 5 et au § 8 et § 8bis 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 qu'organisé par l'arrêté royal du 25 avril 2002.

Ces mêmes forfaits visés au § 5 et au § 8 et § 8bis 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. ».

Article 6.

A l'article 6 de la même convention, entre § 2 et § 3, est inséré le § 2bis suivant :

« **§ 2bis.** Sans préjudice des dispositions de l'article 90 (suppléments de chambre) de la loi relative aux hôpitaux, le montant dans l'article 4, 8bis, 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, § 8bis:

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

Article 7.

A l'article 7 de la même convention est ajouté le § 7 suivant :

“§ 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'article 8, a), point 2 de la même convention est remplacé comme suit :

- “article 4, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 8bis”.

Article 9.

L'article 14, alinéas deux et trois de la même convention, sont remplacés comme suit :

« 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, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 8bis.

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, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 8bis 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. ».

Article 10.

Cet avenant entre en vigueur le 1^{ier} février 2011.

Fait à Bruxelles le 18 janvier 2011.

Pour les associations des établissements
hospitaliers,

G. CALLEWAERT
D. GOEMAERE
D. HOORNAERT
M. LIETAR
M. MAHAUX
I. NOLIS

Pour les organismes assureurs,

Y. ADRIAENS
T. DE BOECK
G. DE GEEST
A. FRANSSEN
B. HOREMANS
J. HUCHON
F. MAROY
G. WOUTERS

Institut national d'assurance
maladie-invalidité



Service des soins
de santé

**Convention nationale entre les établissements hospitaliers
et les organismes assureurs du 18 juin 2007
TEXTE COORDONNE 01/02/2011**

1. Premier avenant (28 novembre 2007) entre en vigueur le 01/07/2007 :
Dans le nouveau texte de la convention, la formulation de l'article 4 § 4 relatif au maxi-forfait dans l'hôpital de jour a en outre été modifiée. En raison de cette nouvelle formulation, deux médicaments de marque déposée Immucyst et Oncotice ont été exclus sans le vouloir du maxi-forfait alors que le remboursement était prévu dans l'ancienne convention.
2. Deuxième avenant (17 janvier 2008) entre en vigueur le 01/01/2008 :
Depuis le 1er juillet 2007, la convention fixe le montant du forfait 3 « douleurs chroniques » à 72 euros. Ce forfait avait cependant un caractère provisoire : en effet, faute de budget, le forfait ne pouvait avoir immédiatement la valeur du coût réel des prestations sous-jacentes.
Le budget 2008 prévoit un montant de 3 465 000 euros pour augmenter le forfait 3 « douleurs chroniques ». En attendant les résultats d'une enquête réexaminant le coût, pour l'hôpital, de l'ensemble des 22 prestations donnant lieu à un forfait « douleurs chroniques », la Commission de convention a décidé de relever déjà le montant du troisième forfait à 85 euros.
3. Troisième avenant (20 mai 2008) entre en vigueur le 01/07/2008 :
avenant par lequel 26 codes de nomenclature sont ajoutés à l'hôpital de jour. Ces codes de nomenclature sont attribués aux « groupes » existants de l'hôpital de jour. Cette modification se fonde sur les résultats de la même enquête qui l'année précédente a mené au rééchelonnement des prestations reprises dans la précédente convention. Pour ce qui concerne la possibilité de porter en compte des honoraires de surveillances et/ou des honoraires de coordination et/ou des honoraires de permanence et/ou des honoraires forfaitaires de biologie clinique, nous vous renvoyons à la circulaire 2007/10 add. et 2008/5.
La facturation d'une consultation est possible pour toutes les prestations mentionnées dans cet avenant.
4. Quatrième avenant (23 avril 2009) entre en vigueur le 01/10/2008 :
Des modifications de la nomenclature ORL ont été fixées suite à l'entrée en vigueur le 1er octobre 2008 de l'arrêté royal de 12 août 2008 modifiant les articles 11, 14, c), 14,i), et 14,l), 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.
Un certain nombre de codes de nomenclature supprimés donnaient droit à un forfait hôpital de jour conformément à l'article 4 de la convention ou étaient mentionnés dans la liste A de l'hôpital chirurgical de jour.
En outre, la plupart de ces codes donnaient droit à des honoraires de surveillance, de permanence ou à un forfait de biologie clinique. La liste A de l'hospitalisation chirurgicale de jour a également été modifiée.
5. Cinquième avenant (18 juin 2009) entre en vigueur le 1/07/2009 :
prolongation jusqu'au 30 juin 2010.

6. Sixième avenant (7 décembre 2009) entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010 :
redéfinition du mini forfait

7. Septième avenant (3 février 2010) entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010 :
financement complémentaire au bénéfice de l'hôpital pour le transport des patients qui sont admis dans un service de gériatrie et revalidation (G) isolé 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:
 - soit suivre un traitement chimiothérapique ou un traitement par radiations
 - soit subir une hémodialyse chronique ou une dialyse péritonéaleL'hôpital 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 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 à cet effet au budget des moyens financiers visé à l'article 95 de la loi sur les hôpitaux

8. huitième avenant (7 juin 2010) entre en vigueur le 1/07/2010 :
prolongation jusqu'au 30 juin 2011.

9. Neuvième avenant (18 janvier 2011) entre en vigueur le 01/02/2011
 - Ajout d'un forfait pour couvrir les frais de la manipulation d'un cathéter port en hôpital de jour
 - Adaptation du régime des avances

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 :

- Poursuivre le travail de classification des prestations donnant droit à la facturation d'un forfait en vertu de l'article 4 de la présente convention et, en particulier :
 - examiner la possibilité d'inclure dans la liste en annexe I des prestations associées à la facturation d'un mini- ou maxi-forfait;
 - identifier les nouvelles prestations qui devraient être ajoutées à la liste en annexe I ;
 - suivre l'évolution de l'hospitalisation de jour, tenant compte des règles prévues par l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux et plus précisément au point 4.2.1 de l'annexe 3 de cet arrêté ; à cet effet, le groupe de travail existant est à considérer comme un groupe de travail permanent de la Commission des conventions;
 - réexaminer la valeur des forfaits visés au § 8 (forfaits douleur chronique) et l'adapter si nécessaire au coût réel. A cette fin, un montant provisionnel de 3,7 millions d'euros sera inscrit dans les besoins pour 2008;

- Etudier et clarifier la prise en charge des coûts résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux, notamment les implants non actifs et les pansements actifs;

- Proposer un nouveau mode de financement des prestations de dialyse qui tienne davantage compte des évolutions du secteur, soit en fonction des résultats de l'étude du KCE, soit sur la base d'une proposition de la commission de convention;

- Analyser et comparer la situation d'hospitalisation de jour et la situation d'hospitalisation (classique) d'un jour en vue de remédier aux éventuelles discriminations non justifiées;

- Analyser les différents postes de facturation en cas de pose d'un plâtre ou de matières synthétiques afin d'aboutir à un système de facturation en concordance avec les réalités du terrain;

- Adapter dans les meilleurs délais diverses procédures en vue d'une simplification administrative.

Ces points seront discutés dans la commission de convention ou dans les groupes de travaux existants ou encore à établir.

Les membres de la Commission de convention s'engagent à adapter les dispositions de l'article 7 de la présente convention (acomptes) en fonction des modifications qui seraient apportées aux modalités de facturation aux patients ayant atteint le seuil du maximum à facturer pour l'année en cours.

Les membres de la Commission de convention demandent en outre aux services de l'INAMI:

- de formuler des propositions de texte pour que l'article 13 de la convention puisse permettre de sanctionner réellement l'hôpital ou l'organisme assureur qui déroge aux dispositions;
- de formuler des propositions visant à pouvoir consulter et à permettre la validation par les hôpitaux des données utilisées dans le cadre de leur financement (budget des moyens financiers, forfaits de biologie clinique, forfait médicaments, etc.).

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 7 août 1987, 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;

- **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.

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

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, 6. (liste A) 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.

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, 6 (liste A) 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.

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'entrée;
- 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.

Le montant par admission est cependant 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 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.

Article 4, § 1 premier alinéa remplacé par 9ème avenant en vigueur le 01/02/2011

§ 1^{er}. Les montants prévus au § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour) et § 8 (forfait douleur chronique) et 8bis (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.

§ 2. Le montant du mini forfait visé au § 3 est égal au montant que l'hôpital a pu porter en compte le 30 juin 2007 selon les dispositions de l'article 4, § 3 de la convention conclue le 12 décembre 2005 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs.

Le montant du maxi forfait visé au § 4 est égal au montant que l'hôpital a pu porter en compte le 30 juin 2007 selon les dispositions de l'article 4, § 4 de la convention conclue le 12 décembre 2005 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs.

S'il s'agit d'un nouvel hôpital le montant du mini forfait est égal à 30 % du prix par paramètre de l'activité de l'hôpital comme prévu dans l'article 104ter de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 et le montant du maxi forfait égal à 60 % de ce prix par paramètre d'activité.

Le mini forfait et le maxi forfait s'élèvent au moins à 25 euros.

§3 remplacé par sixième avenant en vigueur le 01/01/20102

§ 3. Le mini forfait est dû:

- a) pour tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier, pour autant que la justification médicale soit consignée dans le dossier du patient et fournie à l'organisme assureur sur demande de son médecin conseil;
- b) pour toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/ produits sanguins labiles par une perfusion intraveineuse.
La prescription peut avoir la forme d'un formulaire standardisé ou d'une prescription individualisée, mentionnée dans les deux cas dans le dossier du patient.
L'administration des solutions de sels ou de sucres comme pratiqué pour la perfusion de garde thérapeutique et le rinçage d'un port-cathéter ne tombe pas sous cette définition.

¹ Article 4, § 1 premier alinéa remplacé par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011

Les montants prévus au § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour) et § 8 (forfait douleur chronique) sont dus dans les situations qui sont visées aux mêmes paragraphes, et ce aux conditions suivantes :

² § 3 remplacé par 6ème avenant en vigueur au 1/1/2010 :

Le mini forfait est dû:

- a) *pour tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier, pour autant que la justification médicale soit consignée dans le dossier du patient et fournie à l'organisme assureur sur demande de son médecin conseil;*
- b) *pour toute situation dans laquelle, sous surveillance médicale, une perfusion intraveineuse est pratiquée ou une perfusion de garde thérapeutique est effectuée pour prévenir les réactions négatives qui peuvent menacer au moins une des fonctions vitales du patient.*

§ 4. 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;

⁽³⁾ b) *remplacé par 1er avenant du 28/11/2007 en vigueur au 01/07/2007*

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:

- o l'utilité thérapeutique pour l'indication enregistrée est prouvée
- o 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 » : 140 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 » : 171 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 » : 247 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 » : 176 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 » : 183 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 » : 218 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;

³ 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

- forfait « Groupe 7 » : 180 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 26,10 euros est dû en cas de pose d'un plâtre, de bandes plâtrées ou de dispositifs de contention à base de matière synthétique

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

La matière plâtrée peut être portée en compte conformément à l'arrêté royal du 21 mai 1987. En cas d'utilisation de matières synthétiques, la facturation à concurrence du plâtre ordinaire est autorisée et la différence entre le coût 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 » : 196 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 » : 109 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;

⁽⁴⁾ *remplacé par 2ème avenant du 17/01/2008 en vigueur au 01/01/2008*

- « forfait 3 douleur chronique » : 85 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.

⁴ *remplacé par 2ème avenant du 17/01/2008 en vigueur au 01/01/2008 :*

- « forfait 3 douleur chronique » : 72 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait 3 douleur chronique» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II à la présente convention.

§8bis 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 26,84 euros peut être porté en compte (=forfait manipulation d'un cathéter à chambre).

Art.4, § 9, alinéa 1 et 2 remplacés par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011⁵

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

Les montants prévus au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique) et § 8bis (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.

Les montants prévus aux § 5 (forfait d'hôpital de jour) sont dus dans le cas des prestations 355084, 453121, 453143, 453084, 453106, 453165, 453180, 464085, 464100, 464122, 464144, 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.

Art. 4, § 10, remplacé par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011⁶

§ 10. 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 § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre) et/ou § 8bis (forfait manipulation d'un

⁵ Art.4, § 9, alinéa 1 et 2 remplacés par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011

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

Les montants prévus au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre) et § 8 (forfait douleur chronique) 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 général.

⁶ Art. 4, § 10, remplacé par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011

§ 10. 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 § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour) et/ou § 7 (salle de plâtre), 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 § 3 (mini forfait) et au § 4 (maxi forfait) ne sont pas dus. Par dérogation à cette règle, pendant la période du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008, si, pour une même admission en hôpital de jour, une prestation pour laquelle un mini forfait est dû et une prestation pour laquelle un « forfait 3 douleur chronique » est dû sont effectuées, le montant le plus élevé peut être porté en compte.

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.

Si en plus des prestations donnant lieu à la facturation d'un montant prévu aux § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre) et/ou § 8 (forfait douleur chronique), 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, 6. (liste A) 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.

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 § 3 (mini forfait) et au § 4 (maxi forfait) ne sont pas dus. Par dérogation à cette règle, pendant la période du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008, si, pour une même admission en hôpital de jour, une prestation pour laquelle un mini forfait est dû et une prestation pour laquelle un « forfait 3 douleur chronique » est dû sont effectuées, le montant le plus élevé peut être porté en compte.

La facturation du forfait «manipulation d'un cathéter à chambre» 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.

Si en plus des prestations donnant lieu à la facturation d'un montant prévu aux § 3 (mini forfait), § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique), et/ou au § 8bis (forfait manipulation d'un cathéter à chambre), il est effectuée 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, 6. (liste A) 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.

Art. 4, § 11, remplacé par 9ème avenant en vigueur le 01/02/2011⁷

§ 11. Le montant des forfaits visés aux § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 8bis 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.

Pour couvrir la charge de l'évolution de l'ancienneté du personnel, à cette même date, les forfaits visés au § 5 et au § 8 et § 8bis 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 qu'organisé par l'arrêté royal du 25 avril 2002.

Ces mêmes forfaits visés au § 5 et au § 8 et § 8bis 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.

⁷ Art. 4, § 11, remplacé par 9ème avenant en vigueur le 01/02/2011

§ 11. Le montant des forfaits visés aux § 3, § 4, § 5, § 7 et au § 8 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.

Pour couvrir la charge de l'évolution de l'ancienneté du personnel, à cette même date, les forfaits visés au § 5 et au § 8 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 qu'organisé par l'arrêté royal du 25 avril 2002.

Ces mêmes forfaits visés au § 5 et au § 8 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.

CHAPITRE IV : Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Article 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.

Art 5bis inséré par 7ème avenant du 03/02/2010 en vigueur au 01/01/2010

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 95 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 90 (suppléments de chambre) de la loi relative aux hôpitaux, le budget des moyens financiers tel que visé dans l'article 87 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 95 de la loi sur les hôpitaux du 7 août 1987.

§ 2. Sans préjudice des dispositions de l'article 90 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 (litterie 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.

§ 2bis inséré par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011

§ 2bis. Sans préjudice des dispositions de l'article 90 (suppléments de chambre) de la loi relative aux hôpitaux, le montant dans l'article 4, 8bis, 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, § 8bis:

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

§ 3. Sans préjudice des dispositions de l'article 90 de la loi relative aux hôpitaux, les montants tels que visés dans l'article 4, § 3, § 4 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;
- 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 aux articles 35 et 35 bis (implants) de la nomenclature des prestations de santé ;
- 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.

Article 7.

§ 1^{er}. Au bénéficiaire hospitalisé dans une chambre commune, 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 ou dans une chambre à deux lits, 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 ou une chambre à deux lits.

§ 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 87 de la loi du 7 août 1987.

§ 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 ou dans une chambre à deux lits. Dans ce cas, l'acompte s'élève au maximum au montant du supplément pour une chambre à un lit ou une chambre à deux lits.

§ 7. Ajouté par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011

§ 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 :
- l'article 3 (montants par admission et par journée d'entretien);
Article 8, a), point 2 remplacé par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011⁸
 - article 4, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 8bis ;
 - l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (suppléments de chambre) dans les conditions prévues par cet article et ses arrêtés d'exécution ;
 - 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;
 - 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;
 - 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).
- 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.

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.

⁸ Article 8, a), point 2 remplacé par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011

○ l'article 4, § 3, § 4, § 5, § 7 et § 8;

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.

§ 1^{er}. En cas de dépassement des prix et montants prévus à la présente Convention, l'établissement hospitalier qui y a adhéré est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité égale à trois fois le montant de ce dépassement avec un minimum de 125 euros.

§ 2. En cas d'infractions autres que celles prévues au § 1^{er}, l'établissement hospitalier ou l'organisme assureur est tenu de verser à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, à titre de clause pénale, une indemnité forfaitaire de 125 euros par infraction.

§ 3. Les sanctions prévues aux § 1^{er} et § 2 de cet article sont prononcées par la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions avec les établissements hospitaliers.

Article 14.

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.

Art. 14, alinéa 2 et 3 remplacés par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011⁹

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, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 8bis.

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, § 1^{er}, 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, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 8bis 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.

⁹ Art. 14, alinéa 2 et 3 remplacés par 9^{ème} avenant en vigueur le 01/02/2011

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, § 3, § 4, § 5, § 7 et § 8;*

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, § 1^{er}, 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, § 3, § 4, § 5, § 7 et § 8 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.

Article 15.

10
article 15 remplacé par 5ème avenant en vigueur le 1/7/2009
11
art. 15 remplacé par 8ème avenant en vigueur le 1/7/2010

La présente convention entre en vigueur le 1er juillet 2007.

Elle est valable jusqu'au 30 juin 2011 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 16.

Par dérogation aux dispositions de l'article 15, 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.

¹⁰ remplacé par 5ème avenant en vigueur le 1/7/2009

La présente convention entre en vigueur le 1er juillet 2007.

Elle est valable jusqu'au 30 juin 2009 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 1er janvier qui suit la dénonciation.*

¹¹ *La présente convention entre en vigueur le 1er juillet 2007.*

Elle est valable jusqu'au 30 juin 2010 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 1er 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 1er janvier qui suit la dénonciation.*

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 urètres
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 coeur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du coeur par pacemaker externe, y compris le contrôle électrocardiographique, en dehors des interventions à thorax ouvert et des prestations 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 – 229180
244370	244381	Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du sigmoïde par voie endoscopique, par séance
(¹²) (¹³)		
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-duodéoscopie 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-duodéoscopie 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-duodéoscopie et cathétérisme des voies pancréatico-biliaires (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation nr 462895 - 462906, effectuée le même jour
462895 (¹⁴)	462906	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodéoscopie et cathétérisme des voies pancréatico-biliaires, 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 l'oesophage, par traitement
472172	472183	Résection de kyste coccygien
473174	473185	Colonoscopie totale, c.à.d. atteignant l'angle droit du côlon ou la valvule iléocoecale,

¹² Supprimée par 1^{er} avenant du 28/11/2007 en vigueur au 01/07/2007 : 354071 - 354082 Sympathectomie chimique, sous anesthésie générale, avec utilisation d'un produit de contraste sous scopie, par côté

¹³ Supprimée par 1^{er} avenant du 28/11/2007 en vigueur au 01/07/2007: 354093 - 354104 Alcoolisation du ganglion coeliaque sous anesthésie générale, avec utilisation d'un produit de contraste sous scopie, pour les deux côtés ensemble

¹⁴ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

473211	473222	Ablation de polypes du côlon à l'occasion d'une colonoscopie gauche ou totale
473535 (15)	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
473270	473281	Traitement de varices oesophagiennes 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 oesophagienne par méthode endoscopique, y compris la radioscopie éventuelle Les honoraires couvrent les frais de la prothèse utilisée.
473432	473443	Iléoscopie
473690	473701	Fibroduodénoscopie avec papillotomie
473712	473723	Placement d'une prothèse de dilatation des voies biliaires par fibroduodénoscopie

¹⁵ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

GROUPE 3

453073	453084	Angiocardiopneumographie, une incidence, minimum 6 clichés
453095	453106	Angiocardiopneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence)
453110	453121	Coronarographie, une ou deux coronaires, une incidence, minimum 6 clichés
453132	453143	Coronarographie, une ou deux coronaires, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence)
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
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
464074	464085	Angiocardiopneumographie, une incidence, minimum 6 clichés
464096	464100	Angiocardiopneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence)

464111	464122	Coronarographie, une ou deux coronaires, une incidence, minimum 6 clichés
464133	464144	Coronarographie, une ou deux coronaires, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence)
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 (16)	476302	Examen électrophysiologique restreint en vue de l'étude de la fonction du noeud 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

¹⁶ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

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 (17)	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)

¹⁷ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

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
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
280512	280523	Incision de gaine tendineuse
285854 ⁽¹⁸⁾	285865	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un doigt
286156	286160	Arthroplastie interphalangienne d'un doigt
286171	286182	Arthrodèse interphalangienne d'un doigt
286274 ⁽¹⁹⁾	286285	Arthroplastie métacarpo-phalangienne d'un doigt
287276	287280	Exérèse de bursite olécrânienne avec ou sans résection ostéopériostée
287335	287346	Aponévrotomie palmaire
287593 ⁽²⁰⁾	287604	Transplantation tendineuse de la main : De deux tendons
287615 ⁽²¹⁾	287626	Transplantation tendineuse de la main : De trois ou plus de trois tendons
287733	287744	Ténolyse des fléchisseurs
288072	288083	Incision et drainage des phlegmons profonds de la paume
292692	292703	Ostéotomie d'un orteil
293414	293425	Ablation d'exostose sous-unguéale
300370	300381	Arthroplastie acromio-claviculaire
471796	471800	Bronchoscopie avec extraction de corps étranger ou mise en place d'un élément prothétique

¹⁸ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

¹⁹ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

²⁰ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

²¹ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

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
241334	241345	Cure d'une hernie inguinale bilatérale, étranglée ou non
244510	244521	Résection de fissure anale
244576	244580	Cure complète d'hémorroïdes internes multiples par diathermorésection ou résection chirurgicale
244591	244602	Excision ou diathermo-résection 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 ⁽²²⁾	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 ⁽²³⁾	254844	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus
254855 ⁽²⁴⁾	254866	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus
(25)		
(26)		
256896 ⁽²⁷⁾	256900	Intervention chirurgicale pour fistule congénitale du cou
258075	258086	Microlaryngoscopie en suspension (Kleinsasser) avec ou sans prélèvement biopsique
260750 ⁽²⁸⁾	260761	Ablation de tumeur de l'épididyme
261155	261166	Réduction chirurgicale de paraphimosis

²² Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

²³ Ajouté par 4^{ème} avenant du 23/04/2009 en vigueur au 1/10/2008

²⁴ Ajouté par 4^{ème} avenant du 23/04/2009 en vigueur au 1/10/2008

²⁵ 255651 - 255662 Intervention chirurgicale pour pansinusite unilatérale y compris l'opération de Lima (prestation supprimée par avenant du 23/04/2009 en vigueur au 1/10/2008)

²⁶ 255673 - 255684 Intervention chirurgicale pour pansinusite bilatérale y compris l'opération de Lima (prestation supprimée par avenant du 23/04/2009) en vigueur au 1/10/2008

²⁷ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

²⁸ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

280556	280560	Exploration tendineuse
280593	280604	Ténotomie
280615	280626	Allongement tendineux
285412 ⁽²⁹⁾	285423	Os et articulations : Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un métacarpien
287416 ⁽³⁰⁾	287420	Aponévrectomie digitale, intervention isolée non cumulable avec les prestations n°s 287335 - 287346, 287350 - 287361, 287372 - 287383, 287394 - 287405
291454	291465	Synovectomie tibio-tarsienne
292132 ⁽³¹⁾	292143	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un métatarsien
292913 ⁽³²⁾	292924	Capsulectomie métatarso-phalangienne ou interphalangienne de plusieurs orteils d'un même pied
293333	293344	Cure chirurgicale d'hallux valgus rigidus ou flexus : par combinaison de deux ou plusieurs des quatre techniques précédentes
294630	294641	Désinsertion de l'aponévrose plantaire (Steindler)
294652 ⁽³³⁾	294663	Aponévrectomie plantaire
294696	294700	Evidement du sinus du tarse
294755 ⁽³⁴⁾	294766	Plastie de ligaments croisés du genou par voie arthroscopique combinée ou non à des arthrotomies sélectives
300392 ⁽³⁵⁾	300403	Traitement de l'ostéochondrite par ostéosynthèse
300414	300425	Suture d'une déchirure méniscale chez un patient de moins de 25 ans
310435 ⁽³⁶⁾	310446	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus
310450 ⁽³⁷⁾	310461	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus
311393 ⁽³⁸⁾	311404	Ostéotomie double (prélèvement compris) d'un os du massif osseux de la face
⁽³⁹⁾		
311651	311662	Enlèvement d'une racine ou de corps étrangers par la fosse canine
312071 ⁽⁴⁰⁾	312082	Pharyngoplastie (type Sanvenero-Rosselli)

²⁹ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

³⁰ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

³¹ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

³² Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

³³ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

³⁴ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

³⁵ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

³⁶ Ajouté par 4^{ème} avenant du 23/04/2009 en vigueur au 1/10/2008

³⁷ Ajouté par 4^{ème} avenant du 23/04/2009 en vigueur au 1/10/2008

³⁸ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

³⁹ 311570 -311581 Intervention chirurgicale pour sinusite par voie externe (ethmoïdectomie, cure de sinusite frontale, cure de sinusite maxillaire Caldwell-Luc ou Denker) (prestation supprimée par avenant du 23/04/2009) en vigueur au 1/10/2008

⁴⁰ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

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 ⁽⁴¹⁾	431126	Ovarectomie ou plastique ovarienne, unilatérale ou bilatérale
431432 ⁽⁴²⁾	431443	Salpingectomie et salpingostomie
431653	431664	Myomectomie par voie abdominale ou vaginale
432456	432460	Résection complète de l'endomètre, y compris l'hystérocopie 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

⁴¹ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

⁴² Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

GROUPE 7

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
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	227043	Exérèse d'une tumeur ou d'un kyste de la glande mammaire
256535 ⁽⁴³⁾	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 ⁽⁴⁴⁾	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.
287851	287862	Grefte d'ongle

⁴³ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

⁴⁴ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

293193	293204	Réséction métatarso-phalangienne de plusieurs orteils d'un même pied
300355 ⁽⁴⁵⁾	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
311135	311146	Trépanation du maxillaire supérieur pour tumeur, ostéite, séquestre ou pour recherche de corps étrangers
312012 ⁽⁴⁶⁾	312023	Ostéosynthèse pour fracture du maxillaire supérieur ou du malaire
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
312130	312141	Traitement par méthode simple de fracture d'un os du massif osseux de la face, à l'exclusion des os du nez
⁽⁴⁷⁾		
⁽⁴⁸⁾		
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 foetale, 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

⁴⁵ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

⁴⁶ Ajouté par 3^{ème} avenant du 20/05/2008

⁴⁷ Supprimée par 1er avenant du 28/11/2007 : 350630 - 350641 Electrocoagulation ou thermocoagulation du ganglion de Gasser

⁴⁸ Supprimée par 1er avenant du 28/11/2007 : 354034 - 354045 Rhizolyse partielle au moyen de courants à haute fréquence

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	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