

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2013/22101]

19 FEVRIER 2013. — Arrêté royal modifiant l'article 2 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

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1<sup>er</sup>, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, et § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et par la loi du 10 août 2001;

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

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 28 février 2012;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 28 février 2012;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 16 avril 2012;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 6 juin 2012;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 11 juin 2012;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 4 septembre 2012;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 4 décembre 2012;

Vu l'avis 52.610/2 du Conseil d'Etat, donné le 10 janvier 2013, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 9 février 2011, est remplacé par l'annexe du présent arrêté.

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

**Art. 3.** Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 février 2013.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,  
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22101]

19 FEBRUARI 2013. — Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, en § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001;

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

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 28 februari 2012;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 28 februari 2012;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 16 april 2012;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 6 juni 2012;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 11 juni 2012;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 4 september 2012;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 4 december 2012;

Gelet op advies 52.610/2 van de Raad van State, gegeven op 10 januari 2013, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 februari 2011, wordt vervangen door de bijlage van het opgenomen besluit.

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

**Art. 3.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 19 februari 2013.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,  
Mevr. L. ONKELINX

Annexe

"CHAPITRE II. – CONSULTATIONS, VISITES ET AVIS, PSYCHOTHERAPIES ET AUTRES PRESTATIONS.

## Art. 2.

## A. Avis

109012

Avis

N 2

Par avis, il faut entendre la rédaction et la signature, en dehors de tout examen du malade, de certificats, ordonnances pharmaceutiques et documents divers. Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être cumulés avec les honoraires pour consultation ou visite.

**B. Consultations au cabinet**

101010	Consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	6
	La prestation 101010 peut être attestée par un titulaire du diplôme de médecin inscrit à l'Ordre des médecins avant le 31 décembre 2004 (F.2.3° a)).		
102454	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis (101010) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	D	8,42
102476	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste sur base de droits acquis (101010) si la consultation est effectuée la nuit entre 21 heures et 8 heures	D	15,98
101032	Consultation au cabinet par un médecin généraliste	N	8
101076	Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité	N Q	8 30
102432	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D	17,99
102410	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin généraliste (101032, 101076) si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	D	9,99
102771	Supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) par un médecin généraliste, à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite (103132, 103412, 103434) avec l'accord écrit du patient	N	8,415

Le DMG peut être réalisé une fois par année civile.

Le DMG comprend les données socio-administratives du patient, ses antécédents, une liste des problèmes, les rapports des médecins spécialistes et des autres dispensateurs de soins, les traitements chroniques, et un module de prévention se composant d'une liste de contrôle reprenant les différents items du module de prévention et les items qui seront suivis pour le patient. Les notes personnelles du médecin ne font pas partie du dossier médical global.

La gestion du dossier médical global comprend entre autres l'ouverture et sa mise à jour régulière.

La demande expresse et/ou l'accord écrit du patient, pour la gestion du dossier médical global, figure(nt) dans le dossier. Si le patient n'est pas à même d'exprimer cette demande expresse ou de donner cet accord personnellement, l'identification du membre de la famille ou du proche qui fait cette demande ou donne cet accord à la place du patient, figure dans le dossier.

Le médecin généraliste qui gère le dossier s'engage, moyennant accord du patient, en cas de renvoi ainsi que sur simple demande du médecin spécialiste traitant, à communiquer à ce dernier toutes les données pertinentes du dossier médical global.

En fonction des recommandations internationales et de l'âge, le module de prévention porte au minimum sur les thèmes suivants :

1° conseils relatifs au mode de vie : tels qu'alimentation, tabac, alcool, exercice physique, stress,...;

2° anamnèse et examen clinique axés sur le système cardiovasculaire;

3° examens de dépistage entre autres du cancer colorectal, et chez la femme, également des cancers du col de l'utérus et du sein en fonction de l'âge;

4° vaccination entre autres contre la diphtérie et le tétanos, grippe et pneumocoque en fonction de l'âge;

5° dosages biologiques : glycémie, créatinine et protéinurie (pour les groupes à haut risque), cholestérol en fonction de l'âge.

Un modèle de check-list peut être établi par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, qui formule sa proposition après avis du Conseil national de la promotion de la qualité.

La check-list est conservée par le médecin généraliste dans le dossier médical global. Dans ce dossier médical global, le médecin généraliste tient à jour toutes les informations concernant les items de la check-list qui sont suivis pour le patient.

102395 Supplément pour la réalisation du module de prévention dans le cadre du DMG à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite 103132, 103412, 103434 N 3

Les honoraires peuvent être portés en compte une fois par année civile aux bénéficiaires du groupe cible, âgés de 45 à 75 ans.

Le module de prévention peut être réalisé par :

a) le médecin généraliste qui gère le DMG ;

b) le médecin généraliste qui fait partie d'un regroupement en médecine générale enregistré dont un membre gère le DMG.

Le médecin généraliste qui gère le dossier médical global est le dernier médecin pour qui la facturation de la prestation 102771 a donné lieu à l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le module de prévention est examiné avec le patient au moyen d'une check-list établie par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, qui formule sa proposition après avis du Conseil national de la promotion de la qualité. Le médecin généraliste examine avec le patient les items de la check-list et les actions à entreprendre à la lumière de cet examen.

Les honoraires pour la prestation 102395 sont attestés du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 décembre 2013.

102852 Supplément pour l'utilisation d'un passeport diabète par le médecin généraliste à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite (103132, 103412, 103434) N 7

Le passeport diabète peut être utilisé par :

a) le médecin généraliste qui gère le DMG ;

b) le médecin généraliste qui fait partie d'un regroupement en médecine générale enregistré dont un membre gère le DMG.

L'attestation de la prestation 102852 implique que le médecin généraliste, en ce qui concerne le diabète, ait discuté et noté les objectifs de l'accompagnement du patient diabétique, tant dans le passeport du diabète que dans le dossier médical global.

La prestation 102852 ne peut être attestée qu'une fois par année civile.

101054 Consultation au cabinet par un médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL) N 5,53

102815 Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation N 8

102830 Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation accrédité N 8 +  
Q 30

Les consultations pré-anesthésie (102815 et 102830) ne peuvent être portées en compte que si les conditions reprises à l'article 12, § 3, 2<sup>o</sup> a), sont remplies.

102896 Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie, y compris un rapport écrit éventuel N 16

102911 Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gériatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel N 16 +

			Q	30	
102233	Evaluation gériatrique pluridisciplinaire par le médecin spécialiste en gériatrie, avec rapport au médecin généraliste prescripteur	N		50	
	La prestation 102233 est prescrite par le médecin généraliste traitant; elle est exécutée par le médecin spécialiste en gériatrie, dans la section polyclinique du service de gériatrie (G 300) d'un hôpital agréé avec la participation de l'équipe en personnel infirmier gériatrique et/ou paramédicale gériatrique et comprend une évaluation fonctionnelle physique, psychique et sociale du patient âgé de plus de 75 ans, à l'aide de tests fonctionnels validés.				
	La prestation 102233 comprend un rapport de la mise au point gériatrique avec une proposition de soins à domicile pluridisciplinaires individualisés ou d'admission adaptée dans un établissement de soins chroniques.				
102734	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie, y compris un rapport écrit éventuel	N		10,1	
102756	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en dermato-vénérologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N		10,1	+
			Q	30	
102034	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, y compris un rapport écrit éventuel	N		16	
102550	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N		16	+
			Q	30	
102955	Première consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants	N		40	
102970	Première consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne accrédité, avec examen sur la base des éléments existants dans le dossier médical d'un patient présentant une pathologie complexe sans diagnostic précis et pour lequel le traitement n'a pas donné de résultats suffisants	N		40	+
			Q	30	
	Les prestations 102955 et 102970 sont seulement attestables après renvoi circonstancié motivé par écrit par le médecin spécialiste traitant ou le médecin généraliste traitant. Le médecin référent met en outre à disposition le dossier médical.				
	L'identification du médecin référent (nom, prénom et numéro INAMI) apparaît sur l'attestation de soins donnés du médecin spécialiste en médecine interne.				
	Un rapport écrit proposant le suivi et le traitement ultérieurs est mis à disposition du médecin référent.				
	Le renvoi écrit ainsi que sa motivation et le rapport écrit par le médecin spécialiste en médecine interne sont joints au dossier médical du bénéficiaire.				
	Les prestations 102955 et 102970 ne sont pas cumulables avec des prestations techniques diagnostiques ou thérapeutiques.				
	Les prestations 102955 et 102970 sont seulement remboursables au bénéficiaire pour qui le dispensateur n'intervient pas lui-même comme médecin traitant.				
102255	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine nucléaire et médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N		25	

102874	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne ou en médecine nucléaire et médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	+
		Q	30	
102314	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	
102336	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	+
		Q	30	
102130	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16	
102631	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pneumologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N	16	+
		Q	30	
102115	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16	
102616	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en gastro-entérologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N	16	+
		Q	30	
102270	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	
102292	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en oncologie médicale accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	+
		Q	30	
102071	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	13	
102572	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N	13	+
		Q	30	
102351	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	
102373	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en hématologie et oncologie pédiatriques et accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	25	+
		Q	30	
102093	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie, y compris un rapport écrit éventuel	N	16	
102594	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N	16	+
		Q	30	
102211	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	20	

102712	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N	20	+
		Q	30	
102174	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie ou un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique, y compris un rapport écrit éventuel	N	20	
102675	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en neurologie accrédité ou un médecin spécialiste en pédiatrie, porteur du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique et accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N	20	+
		Q	30	
102933	Bilan diagnostique spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, avec un rapport écrit	N	30	
102992	Bilan diagnostique spécialisé de la démence par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit	N	30	+
		Q	30	

Les prestations 102933 et 102992 sont attestables uniquement sur prescription motivée du médecin généraliste ou spécialiste traitant pour un patient chez qui on suspecte une démence débutante.

Chacune des prestations 102933 et 102992 peut être portée en compte seulement avec la prestation 477573.

Les deux prestations sont mentionnées sur la même attestation de soins donnés.

Les prestations 102933 et 102992 comprennent l'évaluation de l'examen neuropsychologique (prestation 477573) et des différents examens techniques complémentaires en imagerie médicale, en biologie clinique ou en psychiatrie, pour autant qu'ils soient nécessaires.

Le rapport écrit communiqué au médecin traitant prescripteur comporte le résultat des examens effectués, le diagnostic et un plan de traitement avec une proposition de traitement médicamenteux éventuel, d'appui aux soignants informels, de suivi psychosocial et de revalidation psycho-cognitive éventuelle.

Les différents éléments sont ajoutés au dossier médical du bénéficiaire.

Seule une de ces prestations, 102933 ou 102992, est remboursable par bénéficiaire, et au maximum 1 fois.

Aucune de ces deux prestations 102933 et 102992 ne peut être cumulée avec la prestation 102233.

102196	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie, y compris un rapport écrit éventuel	N	20	
102690	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, y compris un rapport écrit éventuel	N	20	+
		Q	30	
102152	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	16	
102653	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en rhumatologie accrédité, rapport écrit obligatoire au médecin traitant inclus	N	16	+
		Q	30	

102012	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste autre que ceux cités aux n <sup>os</sup> 102034, 102174, 102196, 102211, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152 et 102734	N	8	
102535	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités aux n <sup>os</sup> 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653 et 102756	N	8	+
		Q	30	
102513	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée entre 21 heures et 8 heures	N	6,5	
102491	Majoration d'une consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	N	3	

Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection : les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation.

### C. Visites

103110	Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	3	+
		E	1	
104510	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	11,48	+
		E	1	
104532	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	25,96	+
		E	1	
104554	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	13,49	+
		E	1	
103213	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	3	+
		E	0,5	
103235	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis	N	4,2	+
		D	3	+
		E	0,33	
104635	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures	D	7,42	
104613	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par le médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D	15,98	

104591	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste sur base de droits acquis (103213, 103235) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	D	8,42	
103132	Visite par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	4	+
		E	1	
104215	Visite effectuée entre 18 heures et 21 heures par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	11,99	+
		E	1	
104230	Visite effectuée entre 21 heures et 8 heures par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	33,99	+
		E	1	
104252	Visite effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié, entre 8 heures et 21 heures, par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	13,99	+
		E	1	
103412	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,5	
103434	Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par le médecin généraliste	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,33	
104333	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 18 et 21 heures	D	7,98	
104311	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	D	29,99	
104296	Majoration d'une visite à l'occasion d'un même déplacement pour plusieurs patients par un médecin généraliste (103412, 103434) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 et 21 heures	D	9,99	
109734	Supplément pour assistance médicale pendant le transfert urgent du patient en ambulance à l'hôpital par le médecin généraliste à l'occasion d'une visite à domicile	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	
	L'assistance médicale pendant le transfert en ambulance est cumulable seulement avec une visite à domicile.			
109723	Visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	

Le remboursement de la visite à l'hôpital par le médecin généraliste traitant (109723) est accordé une fois par semaine et n'est pas cumulé avec le remboursement d'autres soins donnés par ce médecin.

Le médecin généraliste inscrit dans son dossier un rapport de la concertation avec le médecin hospitalier.



109701	Visite dans un service Sp (soins palliatifs) par le médecin généraliste à la demande du patient ou d'un de ses proches	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	

La prestation 109701 ne peut être portée en compte qu'une fois par jour.

La prestation 109701 n'est pas cumulable avec des prestations techniques exécutées le même jour par le même médecin.

109045	Visite en hôpital psychiatrique par un médecin généraliste sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N	5,6	+
		D	4	+
		E	1	

109060	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,5	

109082	Visite en hôpital psychiatrique à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin généraliste, sur demande motivée du médecin hospitalier spécialiste en psychiatrie	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,33	

Le médecin spécialiste en psychiatrie consigne la demande dans le dossier médical hospitalier. Il fera appel en priorité au médecin généraliste traitant.

Les visites en hôpital psychiatrique (109045, 109060 et 109082) sont remboursées seulement si le médecin généraliste a inscrit ses constatations et ses conclusions dans le dossier hospitalier du bénéficiaire.

Le remboursement des visites en hôpital psychiatrique (109015, 109060, 109082) est limité à 2 par mois et à 12 par an.

Les visites en hôpital psychiatrique peuvent uniquement être cumulées avec les majorations de visites (104296, 104311 et 104333).

103736	Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste en pédiatrie	N	6	
104812	Visite au domicile du malade entre 18 heures et 21 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie	N	8	
104834	Visite au domicile du malade entre 21 heures et 8 heures par un médecin spécialiste en pédiatrie	N	15	
104856	Visite au domicile du malade du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie	N	10	
104871	Visite au domicile du malade depuis la veille d'un jour férié à 21 heures jusqu'au lendemain à 8 heures, par un médecin spécialiste en pédiatrie	N	10	
103751	Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	15	
103773	Visite au domicile du patient, à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	13	

103795	Visite dans un établissement où séjourment des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	17
103810	Visite dans un établissement où séjourment des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) à l'occasion d'un même déplacement pour deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	15
103832	Visite dans un établissement où séjourment des enfants (séjour de jour, de nuit, de jour et de nuit) à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux patients, par un médecin spécialiste en pédiatrie	C	13
Les prestations n <sup>os</sup> 103751, 103773, 103795, 103810 et 103832 comprennent les frais de déplacement.			
103891	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée entre 18 heures et 21 heures	N	3
103876	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée entre 21 heures et 8 heures	N	6,5
103854	Majoration d'une visite par un médecin spécialiste en pédiatrie (103751, 103773, 103795, 103810, 103832) si la visite est effectuée un samedi, un dimanche ou un jour férié entre 8 heures et 21 heures	N	3
103014	Visite au domicile du malade par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite	N	20
103051	Visite en maison de repos ou en maison de repos et de soins par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin généraliste traitant ou du médecin généraliste sur base de droits acquis traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite	N	20
103073	Visite en résidence communautaire de personnes handicapées par un médecin spécialiste sur demande écrite du médecin traitant, avec rapport écrit par le médecin spécialiste appelé. La présence simultanée des deux médecins est obligatoire si elle est réclamée dans la demande écrite	N	20

Pour les prestations 103014, 103051 et 103073, l'identification du médecin demandeur (nom, prénom et numéro INAMI) apparaît sur l'attestation de soins donnés du médecin spécialiste.

Par visite, il faut entendre l'examen fait à la résidence du malade, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection; les honoraires fixés pour la visite comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette visite.

Les prestations relatives à la visite du médecin de médecine générale sur base de droits acquis ou du médecin généraliste comprennent outre les honoraires de la visite telle que définie ci-avant (N) des honoraires de disponibilité (D) ainsi que des frais de déplacement (E).

#### D. Psychothérapies

109513	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel	N	30	
109631	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 45 minutes minimum, y compris un rapport écrit éventuel	N	30	+
		Q	90	

Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel :

109535	deux personnes, par personne	N	20	
109550	à partir de la 3 <sup>e</sup> personne, par personne	N	10	
109653	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 60 minutes minimum, avec prise en charge d'un groupe de patients appartenant à une famille, y compris un rapport écrit éventuel : deux personnes, par personne	N	20	+
		Q	45	
109572	Séance d'un traitement psychothérapeutique à son cabinet, du médecin spécialiste en psychiatrie, d'une durée de 90 minutes, avec prise en charge d'un groupe de 8 patients maximum, y compris un rapport écrit éventuel, par personne	N	10	

*a)* Les honoraires pour les traitements psychothérapeutiques ne sont pas cumulables avec les honoraires pour les prestations techniques effectuées le même jour par le même psychiatre ou un autre.

*b)* Les honoraires pour les traitements psychothérapeutiques ne sont pas cumulables entre eux, ni avec les honoraires de la consultation effectuée le même jour par le même psychiatre ou un autre.

*c)* Les prestations prévues aux n<sup>os</sup> 109535, 109550 et 109572 supposent la prise en charge avec leur consentement de chaque personne du groupe en vue du diagnostic ou du traitement de leurs propres problèmes psychiatriques. L'hétéroanamnèse effectuée auprès des membres de la famille ou d'autres personnes de l'entourage du patient est couverte par les honoraires des consultations ou visites prévues par ailleurs.

*d)* Pour les seules prestations n<sup>os</sup> 109535, 109550 et 109572, un second médecin spécialiste en psychiatrie (à l'exclusion des médecins stagiaires en psychiatrie) qui assiste de façon active aux séances de traitement pendant toute la durée requise peut également les attester.

#### **E. Psychiatrie infanto-juvénile**

109675	Traitement psychothérapeutique d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans par le médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, d'une durée minimum de 60 minutes, par une thérapie de médiation, en la présence et avec la collaboration d'un ou de plusieurs adultes, qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien et dont le(s) nom(s) est (sont) mentionné(s) dans le rapport écrit, par séance de psychothérapie	N	40	+
		Q	90	

La prestation 109675 requiert toujours la présence du ou des adulte(s) susmentionné(s), avec ou sans l'enfant (le patient).

Pour le traitement psychothérapeutique de l'enfant seul, la prestation 109513 ou 109631 est attestée.

109410	Evaluation psychiatrique approfondie et individuelle, d'une durée minimum de 120 minutes, d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, par un médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport, par séance	N	85	+
		Q	90	

La prestation 109410 suppose, par séance, au moins un contact personnel d'au moins 60 minutes avec l'enfant ou l'adolescent et/ou le(s) responsable(s) de son éducation et de l'encadrement quotidien. La prestation peut de surcroît aussi être utilisée pour les contacts éventuels pour l'hétéro-anamnèse de tiers et pour la délivrance d'instructions aux tiers (médecin généraliste, institutions scolaires, centre d'accueil) et pour la supervision et l'interprétation commune des tests psychologiques nécessaires.

L'évaluation psychiatrique globale couvre, outre l'examen approfondi de l'enfant ou de l'adolescent de moins de 18 ans, l'établissement d'un plan de traitement détaillé, un ou plusieurs entretiens d'avis avec l'(les) adulte(s) responsable(s) de l'éducation et de l'encadrement quotidien et l'initiation du traitement.

La prestation 109410 peut être portée en compte au maximum sept fois par évaluation complète. La répétition éventuelle de cette évaluation pédopsychiatrique globale exige une nouvelle prescription du médecin traitant.

Les honoraires pour la prestation 109410 ne peuvent pas être cumulés le même jour, avec les honoraires pour des prestations techniques effectuées par le même médecin spécialiste en psychiatrie, ni avec les honoraires pour d'autres prestations de l'article 2.

109432	Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient	N	85	
109454	Honoraires pour une concertation pluridisciplinaire sous la supervision du médecin spécialiste en psychiatrie accrédité, pour un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans, avec la participation d'au moins 2 autres instances ou disciplines d'aide, en présence ou non du patient et/ou du ou des adultes qui assure(nt) l'éducation et l'encadrement quotidien, d'une durée de 90 minutes. Un rapport mentionnant les participants fait partie du dossier du patient	N	85	+
		Q	30	

La prestation 109432 ou 109454 ne peut être attestée que 4 fois par an.

#### F. Dispositions générales

1. La visite au domicile du malade par un médecin spécialiste autre que le médecin spécialiste en pédiatrie ne donne pas lieu à remboursement de l'assurance, sauf s'il est appelé en consultation par le médecin traitant.

2. Dans cette nomenclature des prestations de santé :

1° le médecin généraliste est le médecin qui a obtenu l'agrément et le titre professionnel particulier de médecin généraliste dans les conditions déterminées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

2° le médecin généraliste sur base de droits acquis est le médecin inscrit à l'Ordre des médecins et qui exerçait la médecine générale au 31 décembre 1994 sans être porteur d'un certificat de formation complémentaire délivré par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et dont la situation n'est pas réglée par une des dispositions de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes;

3° le titulaire du diplôme de médecin est :

A) soit le médecin inscrit à l'Ordre des médecins avant le 31 décembre 2004, qui exerçait la médecine sans être porteur d'un certificat de formation complémentaire délivré par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et dont la situation n'est pas réglée par une des dispositions de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. Ce médecin peut seulement effectuer des consultations et rédiger des prescriptions après la date du 31 décembre 2004;

B) soit le médecin inscrit à l'Ordre des médecins et à l'INAMI après le 31 décembre 2004 et dont l'activité médicale n'est celle ni du médecin généraliste sur base de droits acquis, ni du médecin généraliste, ni du médecin stagiaire, ni du médecin spécialiste (tel que repris à la liste de l'article 10, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 14 septembre 1984). Ce médecin peut seulement rédiger des prescriptions de produits pharmaceutiques après la date du 30 juin 2006.

3. Les prestations 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 et 104871 ne peuvent être portées en compte que pour les consultations et visites demandées et effectuées pendant les jours et heures spécifiés et quand l'état du patient nécessite, pendant ces jours et heures, des soins urgents qui ne peuvent être différés. Ces prestations ne peuvent être portées en compte lorsque le médecin, pour des raisons personnelles, tient une consultation ouverte au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites pendant les jours et heures susmentionnés; il en est de même lorsque ces prestations sont effectuées pendant ces mêmes périodes suite à une exigence particulière du patient.

4. Les jours fériés visés aux prestations n<sup>os</sup> 102410, 102454, 102491, 103854, 104252, 104296, 104554, 104591 et 104871 sont : 1<sup>er</sup> janvier, lundi de Pâques, 1<sup>er</sup> mai, Ascension, lundi de Pentecôte, 21 juillet, 15 août, 1<sup>er</sup> novembre, 11 novembre, 25 décembre.

5. Pour l'application du présent article et de l'article 25, les médecins qui sont agréés par le Ministre de la Santé publique pour plusieurs spécialités appliqueront pour les honoraires des consultations et de la surveillance des bénéficiaires hospitalisés, ceux qui correspondent à la qualification de la pathologie traitée ou au type de service où à lieu la surveillance.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 19 février 2013 modifiant l'article 2 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.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,  
Mme L. ONKELINX

Bijlage

**"HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIEEN EN ANDERE VERSTREKKINGEN.**

**Art. 2.**

**A. Advies**

109012	Advies	N	2
--------	--------	---	---

Onder advies wordt verstaan, het opmaken en ondertekenen, buiten welk onderzoek van de zieke ook, van getuigschriften, farmaceutische voorschriftbriefjes en allerlei bescheiden. Honorarium voor advies mag nooit samengevoegd worden met honorarium voor raadpleging of bezoek

**B. Raadplegingen in de spreekkamer**

101010	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten	N	6
--------	--	---	---

De verstrekking 101010 mag aangerekend worden door een houder van een artsdiploma ingeschreven bij de Orde van geneesheren vóór 31 december 2004 (F.2.3<sup>o</sup> a)).

102454	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten (101010) als de raadpleging zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden	D	8,42
--------	---	---	------

102476	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten (101010) als de raadpleging 's nachts tussen 21 en 8 uur wordt gehouden	D	15,98
--------	---	---	-------

101032	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts	N	8
--------	---	---	---

101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	N	8	+
		Q	30	

102432	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging 's nachts tussen 21 uur en 8 uur wordt gehouden	D	17,99
--------	--	---	-------

102410	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging zaters, zondags, op een feestsag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden	D	9,99
--------	---	---	------

102771	Supplement voor het beheer van het globaal medisch dossier (GMD) door een huisarts, ter gelegenheid van een raadpleging (101032, 101076) of van een bezoek (103132, 103412, 103434), met het schriftelijk akkoord van de patiënt	N	8,415
--------	--	---	-------

Het GMD mag één keer per kalenderjaar gerealiseerd worden.

Het GMD omvat de socio-administratieve gegevens van de patiënt, zijn antecedenten, een lijst van problemen, verslagen van geneesheren-specialisten en andere zorgverstrekkers, de chronische behandelingen, en een preventiemodule bestaande uit een controlelijst die de verschillende items van de preventiemodule bevat en de items die voor die patiënt zullen worden opgevolgd. Persoonlijke notities van de arts maken geen deel uit van het globaal medisch dossier.

Het beheer van het globaal medisch dossier behelst onder andere de opmaak en regelmatige oppuntstelling ervan.

Het uitdrukkelijk verzoek en/of het schriftelijk akkoord van de patiënt om zijn globaal medisch dossier te beheren bevind(t)en zich in het dossier. Indien de patiënt niet in staat is om zelf dit uitdrukkelijk verzoek of dit akkoord te kennen te geven, wordt de identificatie van het familielid of nabestaande die dit verzoek uit of dit akkoord geeft in de plaats van de patiënt, in het dossier vermeld.

De huisarts die het dossier beheert, verbindt er zich toe om, mits goedkeuring van de patiënt, zowel bij verwijzing als op eenvoudige vraag van de behandelende geneesheer-specialist, alle relevante gegevens uit het globaal medisch dossier aan deze laatste over te maken.

Afhankelijk van de internationale aanbevelingen en in functie van de leeftijd heeft de preventiemodule minstens op de volgende thema's betrekking :

1° raadgevingen met betrekking tot de levenswijze: zoals voeding, tabak, alcohol, lichamelijke inspanning, stress,...;

2° anamnese en klinisch onderzoek gericht op het cardiovasculair stelsel;

3° onderzoeken voor het opsporen van onder meer colorectale kanker, en bij de vrouw, ook baarmoederhalskanker en borstkanker in functie van de leeftijd;

4° vaccinatie onder meer tegen difterie en tetanos, griep en pneumokokken in functie van de leeftijd;

5° biologische analyses: glykemie, creatinine et proteïnurie (voor de groepen met een hoog risico), cholesterol in functie van de leeftijd.

Een model van de checklist kan worden vastgesteld door het Verzekeringscomité op voorstel van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, die haar voorstel formuleert na advies van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie.

De checklist wordt door de huisarts bijgehouden in het globaal medisch dossier. De huisarts houdt in dat globaal medisch dossier alle informatie bij betreffende de items van de checklist die voor de patiënt worden opgevolgd. »

102395 Supplement voor de realisatie van de preventiemodule in het kader van het GMD ter gelegenheid van een raadpleging (101032, 101076) of van een bezoek (103132, 103412, 103434) N 3

De honoraria kunnen eenmaal per kalenderjaar worden aangerekend aan de rechthebbenden uit de doelgroep van de rechthebbenden van 45 tot 75 jaar.

De preventiemodule mag gerealiseerd worden door:

a) de huisarts die het GMD beheert;

b) de huisarts die deel uitmaakt van een geregistreerde groepering van huisartsen waarvan een lid het GMD beheert.

De huisarts die het globaal medisch dossier beheert is de laatste huisarts voor wie de aanrekening van de verstrekking 102771 aanleiding heeft gegeven tot tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De bespreking van de preventiemodule met de patiënt gebeurt aan de hand van een checklist vastgesteld door het Verzekeringscomité op voorstel van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, die haar voorstel formuleert na advies van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie. De huisarts bespreekt met de patiënt de items van de checklist en de acties die op basis van deze bespreking moeten worden ondernomen.

De honoraria voor de verstrekking 102395 worden aangerekend van 1 april 2011 tot en met 31 december 2013.

102852	Supplement voor het gebruik van een diabetespas door de huisarts ter gelegenheid van een raadpleging (101032, 101076) of van een bezoek (101132, 103412, 103434)	N	7	
	De diabetespas mag gebruik worden door :			
	a) de huisarts die het GMD beheert;			
	b) de huisarts die deel uitmaakt van een geregistreerde groepering van huisartsen waarvan een lid het GMD beheert.			
	Het aanrekenen van de verstrekking 102852 houdt in dat de huisarts met de diabetes de doelstellingen van de diabetesbegeleiding heeft besproken en genoteerd, zowel in de diabetespas als in het globaal medisch dossier.			
	De verstrekking 102852 mag slechts één keer per kalenderjaar aangerekend worden.			
101054	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer, houder van het diploma van licentiaat in de tandheelkunde (TL)	N	5,53	
102815	Pre-anesthesie-raadpleging door een geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie	N	8	
102830	Pre-anesthesie-raadpleging door een geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie geaccrediteerd	N Q	8 30	+
	De pre-anesthesie-raadplegingen (102815 en 102830) mogen slechts aangerekend worden indien de voorwaarden opgenomen in artikel 12, § 3, 2° a), zijn vervuld.			
102896	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de geriatrie, inclusief eventueel schriftelijk verslag	N	16	
102911	Raadpleging, in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de geriatrie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N Q	16 30	+
102233	Pluridisciplinaire geriatrische evaluatie door de geneesheer-specialist in de geriatrie, met verslag aan de voorschrijvende huisarts	N	50	
	De verstrekking 102233 wordt voorgeschreven door de behandelende huisarts; zij wordt uitgevoerd in de poliklinische afdeling van de dienst geriatrie (G 300) van een erkend ziekenhuis door de geneesheer-specialist in geriatrie met deelname van de geriatrisch verpleegkundige en/of de geriatrisch-paramedische equipe en omvat een fysieke, psychische en sociale functionele evaluatie van de patiënt vanaf 75 jaar aan de hand van gevalideerde functietesten.			
	De verstrekking 102233 bevat een verslag van de geriatrische oppuntstelling met een voorstel tot geïndividualiseerde pluridisciplinaire thuiszorg of tot aangepaste opname in een chronische verzorgingsinstelling.			
102734	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de dermato-venereologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	10,1	
102756	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de dermato-venereologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N Q	10,1 30	+
102034	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	16	
102550	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde geaccrediteerd, inclusief eventueel schriftelijk verslag	N Q	16 30	+



102955	Eerste raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, met analyse op basis van de bestaande elementen uit het medisch dossier van een patiënt met complexe pathologie zonder duidelijke diagnose en met onvoldoende behandelingsresultaat	N	40	
102970	Eerste raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde geaccrediteerd, met analyse op basis van de bestaande elementen uit het medisch dossier van een patiënt met complexe pathologie zonder duidelijke diagnose en met onvoldoende behandelingsresultaat	N	40	+
		Q	30	
De verstrekkingen 102955 en 102970 zijn enkel aanrekenbaar mits een uitgebreid gemotiveerde schriftelijke verwijzing door de behandelend geneesheer-specialist of behandelend huisarts. De verwijzende arts stelt bovendien het medisch dossier ter beschikking.				
De identificatie van de verwijzende arts (naam, voornaam en RIZIV-nummer) wordt op het getuigschrift voor verstrekte hulp van de geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde vermeld.				
Een schriftelijk verslag met voorstel voor verdere follow-up en behandeling wordt aan de verwijzende arts overgemaakt.				
De schriftelijke verwijzing met motivatie en het schriftelijk verslag door de geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde worden aan het medisch dossier van de rechthebbende toegevoegd.				
De verstrekkingen 102955 en 102970 zijn niet cumuleerbaar met diagnostische of therapeutische technische verstrekkingen.				
De verstrekkingen 102955 en 102970 zijn enkel vergoedbaar voor een rechthebbende voor wie de verstrekker zelf niet optreedt als behandelend geneesheer.				
102255	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde of de nucleaire geneeskunde en inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocrino-diabetologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	25	
102874	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde of de nucleaire geneeskunde en inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocrino-diabetologie en geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	25	+
		Q	30	
102314	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	25	
102336	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie en geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	25	+
		Q	30	
102130	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de pneumologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	16	
102631	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de pneumologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	16	+
		Q	30	
102115	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de gastro-enterologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	16	
102616	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de gastro-enterologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	16	+



		Q	30	
102270	Raadpleging in de spreekkamer, door een geneesheer-specialist in de medische oncologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	25	
102292	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de medische oncologie geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	25	+
		Q	30	
102071	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	13	
102572	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	13	+
		Q	30	
102351	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie hematologie en oncologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	25	
102373	Raadpleging in de spreekkamer, door een geneesheer-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie hematologie en oncologie en geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	25	+
		Q	30	
102093	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de cardiologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	16	
102594	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de cardiologie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	16	+
		Q	30	
102211	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de neuropsychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	20	
102712	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de neuropsychiatrie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	20	+
		Q	30	
102174	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de neurologie of van een geneesheer-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	20	
102675	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de neurologie of van een geneesheer-specialist in de pediatrie, houder van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie en geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	20	+
		Q	30	
102933	Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, met een schriftelijk verslag	N	30	
102992	Gespecialiseerd diagnostisch bilan voor dementie door een geneesheer-specialist in de neurologie, in de psychiatrie of in de geriatrie, geaccrediteerd, met een schriftelijk verslag	N	30	+
		Q	30	

De verstrekkingen 102933 en 102992 zijn enkel aanrekenbaar mits een gemotiveerde schriftelijke verwijzing door de behandelende huisarts of geneesheer-specialist en voor een patiënt met een vermoeden van beginnende dementie.

Elk van de verstrekkingen 102933 en 102992 kan slechts samen met de verstrekking 477573 worden aangerekend.

Beide verstrekkingen worden op hetzelfde getuigschrift voor verstrekte hulp vermeld.

De verstrekkingen 102933 en 102992 omvatten de evaluatie van het neuropsychologisch onderzoek (verstrekking 477573) en van de verschillende bijkomende technische onderzoeken in de medische beeldvorming, de klinische biologie of in de psychiatrie, voor zover deze noodzakelijk zijn.

Het schriftelijk verslag aan de voorschrijvende behandelende geneesheer bevat het resultaat van de uitgevoerde onderzoeken, de diagnose en een behandelingsplan met een voorstel voor eventuele medicamenteuze behandeling, ondersteuning van de mantelzorg, psychosociale opvolging en eventuele psychocognitieve revalidatie.

De verschillende elementen worden aan het medisch dossier van de rechthebbende toegevoegd.

Slechts één van de beide verstrekkingen, 102933 of 102992, kan per rechthebbende vergoed worden en dit slechts eenmaal.

De verstrekkingen 102933 en 102992 mogen geen van beiden gecumuleerd worden met de verstrekking 102233.

102196	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de psychiatrie, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	20	
102690	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de psychiatrie geaccrediteerd, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	20	+
		Q	30	
102152	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de reumatologie, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	16	
102653	Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist in de reumatologie geaccrediteerd, inclusief een verplicht schriftelijk verslag aan de behandelende arts	N	16	+
		Q	30	
102012	Raadpleging in de spreekkamer door een ander geneesheer-specialist dan die, vermeld onder de nrs. 102034, 102174, 102196, 102211, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152 en 102734	N	8	
102535	Raadpleging in de spreekkamer door een ander geaccrediteerde geneesheer-specialist dan die, vermeld onder de nrs. 102550, 102675, 102690, 102712, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653 en 102756	N	8	+
		Q	30	
102513	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist wanneer de raadpleging 's nachts tussen 21 uur en 8 uur wordt gehouden	N	6,5	
102491	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer-specialist wanneer de raadpleging zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden	N	3	

Onder raadpleging wordt verstaan, het onderzoek van de zieke in de spreekkamer van de arts met het oog op diagnose of behandeling van een aandoening; in het voor de raadpleging vastgestelde honorarium is de vergoeding begrepen voor opmaken en ondertekenen van de bescheiden in verband met dat onderzoek of waarom de zieke naar aanleiding van die raadpleging vraagt.

### C. Bezoeken

103110	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten	N	4,2	+
		D	3	+
		E	1	

104510	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten	N	4,2	+
		D	11,48	+
		E	1	
104532	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door een huisarts op basis van verworven rechten	N	4,2	+
		D	25,96	+
		E	1	
104554	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur door een huisarts op basis van verworven rechten	N	4,2	+
		D	13,49	+
		E	1	
103213	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden	N	4,2	+
		D	3	+
		E	0,5	
103235	Bezoek door een huisarts op basis van verworven rechten, naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden	N	4,2	+
		D	3	+
		E	0,33	
104635	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd	D	7,42	
104613	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door de huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd	D	15,98	
104591	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts op basis van verworven rechten (103213, 103235) wanneer het bezoek zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd	D	8,42	
103132	Bezoek door de huisarts	N	5,6	+
		D	4	+
		E	1	
104215	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	N	5,6	+
		D	11,99	+
		E	1	
104230	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts	N	5,6	+
		D	33,99	+
		E	1	
104252	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts	N	5,6	+
		D	13,99	+
		E	1	
103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts	N	5,6	+
		D	4	+

		E	0,5	
103434	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden door de huisarts	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,33	
104333	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd	D	7,98	
104311	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd	D	29,99	
104296	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd	D	9,99	
109734	Toeslag voor geneeskundige bijstand tijdens de dringende overbrenging van de patiënt per ziekenwagen naar het ziekenhuis door de huisarts	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	
	De geneeskundige bijstand tijdens de overbrenging per ziekenwagen is alleen cumuleerbaar met het huisbezoek.			
109723	Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	
	De terugbetaling van het ziekenhuisbezoek door de behandelende huisarts (109723) wordt éénmaal per week toegekend en wordt niet gecumuleerd met de terugbetaling voor andere geneeskundige zorgen.			
	De huisarts noteert in zijn dossier een rapport met betrekking tot het overleg met de ziekenhuisgeneesheer.			
109701	Bezoek, in een Sp-dienst (palliatieve zorg) door de huisarts op verzoek van de patiënt of van één van zijn naastbestaanden	N	5,6	+
		D	6	+
		E	1	
	De verstrekking 109701 is slechts één keer per dag aanrekenbaar.			
	De verstrekking 109701 is niet cumuleerbaar met de honoraria voor technische verstrekkingen uitgevoerd dezelfde dag door dezelfde geneesheer.			
109045	Bezoek in een psychiatrisch ziekenhuis door een huisarts op gemotiveerd verzoek van de geneesheer-specialist in de psychiatrie van het ziekenhuis	N	5,6	+
		D	4	+
		E	1	
109060	Bezoek in een psychiatrisch ziekenhuis naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee patiënten, door een huisarts, op gemotiveerd verzoek van de geneesheer-specialist in de psychiatrie van het ziekenhuis	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,5	

109082	Bezoek in een psychiatrisch ziekenhuis naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee patiënten, door een huisarts, op gemotiveerd verzoek van de geneesheer- specialist in de psychiatrie van het ziekenhuis	N	5,6	+
		D	4	+
		E	0,33	

De geneesheer-specialist in de psychiatrie bewaart de aanvraag in het medisch ziekenhuisdossier. Hij zal eerst een beroep doen op de behandelende huisarts.

De bezoeken in een psychiatrisch ziekenhuis (109045, 109060 en 109082) worden alleen vergoed indien de erkende huisarts zijn vaststellingen en conclusies in het ziekenhuisdossier van de rechthebbende heeft genoteerd.

De terugbetaling van de bezoeken in een psychiatrisch ziekenhuis zijn beperkt tot 2 per maand en 12 per jaar.

De bezoeken in een psychiatrisch ziekenhuis mogen alleen maar worden gecumuleerd met de toeslagen van de bezoeken (104296, 104311 en 104333).

103736	Bezoek bij de zieke thuis door de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	N	6	
104812	Bezoek bij de zieke thuis tussen 18 en 21 uur door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	N	8	
104834	Bezoek bij de zieke thuis tussen 21 uur en 8 uur door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	N	15	
104856	Bezoek bij de zieke thuis, van zaterdag 8 uur tot maandag 8 uur, door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	N	10	
104871	Bezoek bij de zieke thuis afgelegd op een feestdag, dat wil zeggen vanaf daags vóór die feestdag om 21 uur tot daags na die feestdag om 8 uur, door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	N	10	
103751	Bezoek bij de patiënt thuis naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee patiënten, door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	C	15	
103773	Bezoek bij een patiënt thuis naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee patiënten, door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	C	13	
103795	Bezoek aan een instelling waar kinderen verblijven (dagverblijf, nachtverblijf, dag- en nachtverblijf) door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	C	17	
103810	Bezoek aan een instelling waar kinderen verblijven (dagverblijf, nachtverblijf, dag- en nachtverblijf), naar aanleiding van eenzelfde reis, voor twee patiënten, door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	C	15	
103832	Bezoek aan een instelling waar kinderen verblijven (dagverblijf, nachtverblijf, dag- en nachtverblijf), naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden, door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde	C	13	
	De verstrekkingen nrs. 103751, 103773, 103795, 103810 en 103832 omvatten de verplaatsingskosten.			
103891	Toeslag voor het bezoek door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde (103751, 103773, 103795, 103810 en 103832) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd	N	3	
103876	Toeslag voor het bezoek door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde (103751, 103773, 103795, 103810 en 103832) wanneer het bezoek tussen 21 en 8 uur wordt afgelegd	N	6,5	

103854	Toeslag voor het bezoek door een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde (103751, 103773, 103795, 103810 en 103832) wanneer het bezoek zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd	N	3	
103014	Bezoek bij een zieke thuis door een geneesheer-specialist, op schriftelijke vraag van de behandelende huisarts of van de behandelende huisarts op basis van verworven rechten, met schriftelijk verslag van de geneesheer-specialist. De aanwezigheid van beide geneesheren samen is vereist indien zij gevraagd wordt in de schriftelijke aanvraag	N	20	
103051	Bezoek in een rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis door een geneesheer-specialist, op schriftelijke vraag van de behandelende huisarts of van de behandelende huisarts op basis van verworven rechten, met schriftelijk verslag van de geneesheer-specialist. De aanwezigheid van beide geneesheren samen is vereist indien zij gevraagd wordt in de schriftelijke aanvraag	N	20	
103073	Bezoek in een instelling voor gehandicapten door een geneesheer-specialist, op schriftelijke vraag van de behandelende arts, met schriftelijk verslag van de bijgeroepen geneesheer-specialist. De aanwezigheid van beide geneesheren samen is vereist indien zij gevraagd wordt in de schriftelijke aanvraag	N	20	
<p>Voor de verstrekkingen 103014, 103051 en 103073 wordt de identificatie van de aanvragende arts (naam, voornaam en RIZIV-nummer) op het getuigschrift voor verstrekte hulp van de geneesheer-specialist vermeld.</p> <p>Onder bezoek wordt verstaan, het onderzoek van de zieke in zijn verblijfplaats met het oog op diagnose of behandeling van een aandoening; in het voor bezoek vastgestelde honorarium is de vergoeding begrepen voor opmaken en ondertekenen van de bescheiden in verband met dat onderzoek of waarom de zieke naar aanleiding van dat bezoek vraagt.</p> <p>De verstrekkingen inzake het bezoek uitgevoerd door de huisarts op basis van verworven rechten of de huisarts omvatten behalve het honorarium van het hierboven omschreven bezoek (N) het beschikbaarheidshonorarium (D) alsook de verplaatsingskosten (E).</p>				
<b>D. Psychotherapieën</b>				
109513	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geneesheer, specialist voor psychiatrie, met een minimum duur van 45 minuten, inclusief eventueel schriftelijk verslag	N	30	
109631	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geaccrediteerde geneesheer, specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 45 minuten, inclusief een eventueel schriftelijk verslag	N	30	+
		Q	90	
<p>Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geneesheer, specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, met ten laste neming van een groep patiënten welke tot eenzelfde familie behoren, inclusief eventueel schriftelijk verslag :</p>				
109535	twee personen, per persoon	N	20	
109550	vanaf de derde persoon, per persoon	N	10	
109653	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geaccrediteerde geneesheer, specialist voor psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, met tenlasteneming van een groep patiënten welke tot eenzelfde familie behoren, inclusief een eventueel schriftelijkverslag : twee personen, per persoon	N	20	+
		Q	45	
109572	Psychotherapeutische behandelingszitting, in zijn spreekkamer, van een geneesheer, specialist voor psychiatrie, met een duur van 90 minuten, met tenlasteneming van een groep van 8 patiënten maximum, inclusief eventueel schriftelijk verslag, per persoon	N	10	

a) De honoraria voor de psychotherapeutische behandelingen mogen niet gecumuleerd worden met honoraria voor technische verstrekkingen uitgevoerd dezelfde dag door dezelfde of een andere psychiater.

b) De honoraria voor de psychotherapeutische behandelingen mogen noch onderling gecumuleerd worden, noch met een raadpleging, uitgevoerd dezelfde dag door dezelfde of door een andere psychiater.

c) Voor de verstrekkingen nrs. 109535, 109550 en 109572 wordt verondersteld dat elke persoon van de groep, met zijn toestemming, ten laste wordt genomen met het oog op de diagnose of de behandeling van hun eigen psychiatrische problemen. De hetero-anamnese verricht bij de gezinsleden of bij andere personen uit de omgeving van de patiënt, wordt gedekt door de elders vastgestelde honoraria voor de raadplegingen of bezoeken.

d) Alléén voor de verstrekkingen nrs. 109535, 109550 en 109572 mag ook een tweede geneesheer-specialist voor psychiatrie (met uitsluiting van de geneesheren-stagiairs voor psychiatrie) die de behandelingszittingen de ganse vereiste tijd bijwoont, ze attesteren.

### E. Kinder- en jeugdpsychiatrie

109675	Psychotherapeutische behandeling van een kind of jongere van minder dan 18 jaar door de geaccrediteerde geneesheer-specialist in de psychiatrie, met een minimumduur van 60 minuten, via mediatietherapie in aanwezigheid en met medewerking van één of meerdere volwassenen, die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding en wiens na(a)m(en) vermeld staan in het schriftelijke verslag per psychotherapeutische zitting	N	40	+
		Q	90	

De verstrekking 109675 vereist steeds de aanwezigheid van hoger genoemde volwassene(n), al dan niet samen met het kind (de patiënt).

Voor psychotherapeutische behandeling van het kind alleen wordt de verstrekking 109513 of 109631 aangerekend.

109410	Uitgebreide en individuele psychiatrische evaluatie van een kind of jongere van minder dan 18 jaar, met een minimumduur van 120 minuten, door een geaccrediteerde geneesheer-specialist in de psychiatrie, op voorschrift van de behandelende geneesheer, met dossieropmaak en verslag, per zitting	N	85	+
		Q	90	

De verstrekking 109410 veronderstelt, per zitting, minstens één persoonlijk contact van minimum 60 minuten met het kind of jongere en/of de verantwoordelijke(n) voor diens opvoeding en dagelijkse begeleiding. De verstrekking kan daarnaast ook worden aangewend voor de eventuele contacten voor heteroanamnese van en instructies aan derden (huisarts, school, opvangcentrum) en voor de supervisie en gezamenlijke interpretatie van de nodige psychologische testonderzoeken.

De volledige psychiatrische evaluatie dekt naast het uitgebreid onderzoek van een kind of jongere van minder dan 18 jaar, de opmaak van een gedetailleerd behandelingsplan, één of meerdere adviesgesprekken met verantwoordelijke(n) voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding en de inleiding tot de behandeling.

De verstrekking 109410 mag maximum zeven maal per volledige evaluatie worden aangerekend. De eventuele herhaling van deze volledige kinder- en jeugdpsychiatrische evaluatie vereist opnieuw een voorschrift van de behandelende geneesheer.

Het honorarium voor de verstrekking 109410 mag op dezelfde dag door dezelfde geneesheer-specialist in de psychiatrie niet worden gecumuleerd met het honorarium voor technische verstrekkingen noch met het honorarium voor andere verstrekkingen uit artikel 2.

109432	Honorarium voor een pluridisciplinair overleg onder leiding van de geneesheer-specialist in de psychiatrie, voor een kind of jongere van minder dan 18 jaar, met deelname van minstens 2 andere hulpverlenende instanties of disciplines, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt en/of de volwassene(n) die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding, met een duur van 90 minuten. Een verslag met vermelding van de deelnemers maakt deel uit van het patiëntendossier	N	85	
--------	---	---	----	--

109454	Honorarium voor een pluridisciplinair overleg onder leiding van de geaccrediteerde geneesheer-specialist in de psychiatrie, voor een kind of jongere van minder dan 18 jaar, met deelname van minstens 2 andere hulpverlenende instanties of disciplines, al dan niet in aanwezigheid van de patiënt en/of de volwassene(n) die instaan voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding, met een duur van 90 minuten. Een verslag met vermelding van de deelnemers maakt deel uit van het patiëntendossier	N	85	+
		Q	30	

De verstrekking 109432 of 109454 mag slechts 4 keer per jaar aangerekend worden.

#### F. Algemene bepalingen

1. Het bezoek door een ander geneesheer-specialist dan de geneesheer, specialist in de kindergeneeskunde, bij de zieke thuis wordt door de verzekering niet vergoed, behalve indien hij er door de huisarts ter consult wordt geroepen.

2. In deze nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen :

1° wordt als huisarts beschouwd de geneesheer die als zodanig wordt erkend door de Minister van Volksgezondheid onder de voorwaarden die door deze laatste worden bepaald;

2° onder huisarts op basis van verworven rechten wordt verstaan de geneesheer die is ingeschreven bij de Orde van geneesheren en die op 31 december 1994 de algemene geneeskunde uitoefende zonder houder te zijn van een getuigschrift van aanvullende opleiding, afgegeven door de Minister bevoegd voor Volksgezondheid en van wie de toestand niet is geregeld door één van de bepalingen van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor huisartsen;

3° onder houder van een artsdiploma wordt verstaan :

A) de geneesheer die is ingeschreven bij de Orde van geneesheren vóór 31 december 2004 en die geneeskunde uitoefende zonder houder te zijn van een getuigschrift van aanvullende opleiding, afgegeven door de Minister bevoegd voor Volksgezondheid en van wie de toestand niet is geregeld door één van de bepalingen van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de erkenningscriteria voor artsen. Deze geneesheer behoudt, na 31 december 2004, slechts het recht raadplegingen te attesteren en voorschriften op te stellen;

B) de geneesheer die na 31 december 2004 is ingeschreven bij de Orde van geneesheren en bij het RIZIV en die een medische activiteit uitoefent anders dan deze die door een huisarts op basis van verworven rechten, of een erkende huisarts, of een geneesheer-specialist of een stagedoend geneesheer (als dusdanig opgenomen in de lijst van artikel 10, § 1, van het koninklijk besluit van 14 september 1984) wordt uitgeoefend. Deze arts heeft na 30 juni 2006 slechts het recht voorschriften voor farmaceutische producten op te stellen.

3. De verstrekkingen 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 en 104871 mogen alleen maar worden aangerekend voor de raadplegingen en bezoeken die worden aangevraagd en afgelegd op de opgegeven dagen en uren en wanneer de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld. Die verstrekkingen mogen niet worden aangerekend wanneer de geneesheer om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak of bezoeken aflegt op de hiervoren vermelde dagen en uren; hetzelfde geldt wanneer die verstrekkingen tijdens diezelfde periodes worden verricht ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.

4. De in de verstrekkingen 102410, 102454, 102491, 103854, 104252, 104296, 104554, 104591 en 104871 bedoelde feestdagen zijn : 1 januari, Paasmaandag, 1 mei, Hemelvaartdag, Pinkstermaandag, 21 juli, 15 augustus, 1 november, 11 november, 25 december.



5. Voor de toepassing van dit artikel en van artikel 25 passen de geneesheren die door de Minister van Volksgezondheid voor verscheidene specialismen zijn erkend voor de honoraria voor de raadplegingen en het toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden de honoraria toe die overeenstemmen met de bekwaming voor de behandelde pathologie of met het type van dienst waar het toezicht wordt uitgeoefend.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 19 februari 2013 tot wijziging van het artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekking en inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

### ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,  
Mevr. L. ONKELINX

#### SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2013/22102]

**19 FEVRIER 2013.** — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 9 février 2011 modifiant l'article 2, A, 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

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1<sup>er</sup>, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, et § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et par la loi du 10 août 2001;

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

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 6 juin 2012;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 11 juin 2012;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 4 septembre 2012;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 4 décembre 2012;

Vu l'avis 52.611/2 du Conseil d'Etat, donné le 10 janvier 2013, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'arrêté royal du 9 février 2011 modifiant l'article 2, A, 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, publié au *Moniteur belge* du 3 mars 2011, page 14648, est abrogé.

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22102]

**19 FEBRUARI 2013** — Koninklijk besluit tot wijziging van koninklijk besluit van 9 februari 2011 tot wijziging van artikel 2, A, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, en § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001;

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

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 6 juni 2012;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 11 juni 2012;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 4 september 2012;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 4 december 2012;

Gelet op advies 52.611/2 van de Raad van State, gegeven op 10 januari 2013, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Het koninklijk besluit van 9 februari 2011 tot wijziging van artikel 2, A, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 3 maart 2011, bladzijde 14648, wordt opgeheven.