

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90

E-mail : info@GBS-VBS.org  
**N° SPECIAL MAI 2003**

**ISSN 0770-8181 - MENSUEL**  
Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## NOMENCLATURE D'IMAGERIE MEDICALE ART. 17 ET 17BIS

**Clause de non-responsabilité:** Par analogie avec le site web de l'INAMI, ces documents ont uniquement une valeur informative et ne peuvent donc être considérés comme des documents faisant juridiquement foi. Ceci est une tentative non officielle de coordination de modifications successives de nomenclature parues au M.B. Nous nous efforcerons de corriger les erreurs éventuelles qui nous seront signalées, sur [www.gbs-vbs.org](http://www.gbs-vbs.org) où ces informations sont également disponibles.

## ART. 17. RADIOLOGIE.

**§ 1er.** Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en radiodiagnostic (R) :

### 1° Gynécologie-obstétrique :

5000	450015	450026	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région pelvienne pour examen direct sans manipulation ni moyen de contraste, quel que soit le nombre de clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450516 – 450520, 451010 - 451021, 455276 - 455280, effectuées le même jour) ..... N 35
5001	450030	450041	Radiopelvimétrie (non cumulable avec la prestation n° 455276 – 455280, effectuée le même jour) ..... N 65
5003	450074	450085	Hystérosalpingographie (hystérogographie), y compris l'abdomen à blanc et les clichés de contrôle tardifs éventuels avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision ..... N 90
5004	450096	450100	Mammographie par sein y compris les clichés axillaires éventuels (quel que soit le nombre de clichés) ..... N 45

1°bis. Dépistage par mammographie.

450192	450203	Mammographie des deux seins dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité ..... N 120
--------	--------	--

p.m. code hospitalisé à partir du 01/05/2003

Cette prestation ne peut être attestée que chez les femmes à partir du premier jour de l'année

civile au cours de laquelle elles atteignent l'âge de 50 ans, jusqu'au dernier jour de l'année civile au cours de laquelle elles atteignent l'âge de 69 ans et ceci, une seule fois toutes les deux années civiles. Elle n'est pas soumise aux dispositions de l'article 1er, § 4bis . (01/05/2003)

Cette prestation ne peut être remboursée qu'après attestation, par un second lecteur, du numéro 450214-450225 pour la même assurée. En cas d'absence d'un sein, l'examen est également attestable. (01/05/2003)

450214	450225	Deuxième lecture de mammographie de dépistage, des deux seins, dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité .....	N 12
--------	--------	---	------

Ces prestations ne peuvent être cumulées le même jour avec une des prestations suivantes : 450096-450100, 460132-460143 et 460972, sauf en ce qui concerne ce dernier numéro, si ces honoraires forfaitaires sont dus pour une autre prestation.

### 2° Urologie:

5010	450516	450520	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésicale pour examen direct sans manipulation ni moyen de contraste, quel que soit le nombre de clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450015 - 450026, 451010 - 451021 et 455276 - 455280 effectuées le même jour) .....	N 35
------	--------	--------	---	------

5011	450531	450542	Urographie intraveineuse, y compris l'examen sans préparation opaque, quelle que soit la technique d'I.V., pratiqué le même jour, y compris les tomographies, minimum 4 clichés .....	N 130
------	--------	--------	---	-------

5014	450590	450601	Cystographie ascendante minimum 3 clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450634 - 450645, 450671 - 450682 et 450715 - 450726) .....	N 50
------	--------	--------	--	------

5016	450634	450645	Cysto-urétrographie mictionnelle et/ou urétrographie ascendante et/ou ponction suspubienne, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 5 clichés .....	N 85
------	--------	--------	--	------

5018	450671	450682	Pyélographie ascendante unilatérale, y compris le cliché sans préparation opaque pratiqué le même jour, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision. ....	N 75
------	--------	--------	---	------

5020	450715	450726	Pyélographie ascendante bilatérale en une seule séance, y compris le cliché sans préparation opaque pratiqué le même jour, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision .....	N 100
------	--------	--------	--	-------

### 3° Appareil digestif:

5030	451010	451021	Radiographie de l'abdomen et/ou de la région vésiculaire pour examen direct, sans manipulation ni moyens de contraste, quel que soit le nombre de clichés (non cumulable avec les prestations n°s 450015 - 450026, 450516 - 450520, 451312 - 451323, 451356 - 451360, 451393 - 451404, 451430 - 451441, 451474 - 451485, 451511 - 451522, 451710 - 451721, 451754 - 451765, 451813 - 451824, 451894 - 451905 et 455276 - 455280 effectuées le même jour) .....	N 45
------	--------	--------	--	------

5033	451076	451080	Radiographie du mécanisme de déglutition pharynx-hypopharynx, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés ..... N 85
5078	451091	451102	Supplément au cas où la prestation 451076 - 451080 est complétée par un enregistrement magnétique des images. .... N 25
5035	451135	451146	Radiographie de l'oesophage avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 6 clichés ..... N 50
5043	451312	451323	Radiographie du transit de la région iléocoecale avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 4 clichés ..... N 95
5045	451356	451360	Radiographie du transit complet du grêle, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 2 clichés ..... N 135
5047	451393	451404	Radiographie de l'oesophage (minimum 6 clichés), et de l'estomac (minimum 2 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision ..... N 105
5049	451430	451441	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés), et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision ..... N 165
5051	451474	451485	Radiographie de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés), et du transit du grêle, y compris éventuellement la région iléocoecale et le côlon (minimum 6 clichés), avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision ..... N 175
5053	451511	451522	Radiographie de l'oesophage (minimum 4 clichés) et de l'estomac et du duodénum en série (minimum 6 clichés) et du transit du grêle, y compris éventuellement la région, iléocoecale et le côlon (minimum 6 clichés) avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision ..... N 230
5058	451614	451625	Cholangiographie postopératoire, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 6 clichés ..... N 80
5063	451710	451721	Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléocoecale, par lavement baryté après remplissage, évacuation et éventuellement insufflation, minimum 4 clichés avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision ..... N 135
5065	451754	451765	Radiographie du côlon, y compris éventuellement la région iléocoecale, par lavement baryté après remplissage, évacuation et insufflation par la technique du double contraste, minimum 8 clichés avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision ..... N 200

5066 451776 451780 Cholécysto- et/ou cholangiographie peropératoire au cours d'une intervention chirurgicale pratiquée en salle d'opération sous anesthésie générale ..... N 50

La prestation n° 451776 - 451780 ne peut être portée en compte lors de l'exécution de la prestation n° 242476 - 242480.

5067 451813 451824 Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréatico-biliaires (minimum 10 clichés) non cumulable avec la prestation n° 451894 - 451905, effectuée le même jour ..... N 175

451894 451905 Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréatico-biliaires, avec papillectomie (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation n° 451813 - 451824, effectuée le même jour ..... N 200

5068 451835 451846 Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision sans prise de clichés avec des moyens de contraste au cours des prestations n°s 473093 - 473104, 473115 - 473126, 473130 - 473141, 473152 - 473163, 473174 - 473185, 473196 - 473200, 473211 - 473222, 473432 - 473443 et 473454 - 473465, examen fait en dehors de la salle d'opération ..... N 75

5029 451850 451861 Cholangiographie percutanée, y compris l'examen sans préparation opaque, pratiqué le même jour, minimum 3 clichés, avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision ..... N 100

#### 4° Système respiratoire:

5070 452690 452701 Radiographie du thorax et de son contenu, un cliché ..... N 25

5071 452712 452723 Radiographie du thorax et de son contenu, minimum 2 clichés ..... N 30

Les prestations 452690 - 452701 et 452712 - 452723 ne peuvent être remboursées en préopératoire pour des assurés de moins de 45 ans qu'en présence d'une affection cardiorespiratoire sévère, dont le classement ASA doit être gardé dans le dossier médical.

Les prestations n°s 452690 - 452701 et 452712 - 452723 ne sont pas cumulables avec la prestation 455335 - 455346.

5075 452793 452804 Radiographie du larynx, avec trachée éventuellement, sans préparation opaque, minimum 2 clichés ..... N 35

#### 5° Système vasculaire:

5083 453073 453084 Angiocardiopneumographie, une incidence, minimum 6 clichés ..... N 300

La prestation 453073 - 453084 peut être cumulée avec les prestations n°s 453110 - 453121 et 453132 - 453143 effectuées le même jour. Le total des honoraires pour ces prestations, effectuées le même jour, ne peut pas dépasser la valeur N 585.

5084	453095	453106	Angiocardiopneumographie, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence) ..... N 500
La prestation n° 453095 - 453106 peut être cumulée avec les prestations n°s 453110 - 453121 et 453132 - 453143 effectuées le même jour. Le total des honoraires pour ces prestations, effectuées le même jour, ne peut pas dépasser la valeur N 720.			
5085	453110	453121	Coronarographie, une ou deux coronaires, une incidence, minimum 6 clichés ..... N 270
5086	453132	453143	Coronarographie, une ou deux coronaires, maximum pour l'ensemble de l'examen de deux ou plusieurs incidences (minimum 6 clichés par incidence) ..... N 450
5087	453154	453165	Artériographie viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine ..... N 300
5088	453176	453180	Artériographie viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, quel que soit le nombre d'artères ..... N 350
5091	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) . ..... N 160
5093	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) ..... N 250
5094	453294	453305	Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés ..... N 140
	453471	453482	Angiographie peropératoire de l'artère carotide, 1 cliché .. N 60
5095	453316	453320	Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum clichés ..... N 160
	453390	453401	Phlébographie viscérale sélective après cathétérisme d'une veine viscérale à partir de son origine ..... N 300
	453412	453423	Phlébographie viscérale sélective multiple après cathétérisme de plusieurs veines viscérales à partir de leur origine: quel que soit le nombre de veines ..... N 300
5096	453331	453342	Phlébographie d'un membre ou d'un segment de membre, minimum 6 clichés ..... N 125

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les artériographies.

Les prestations n°s 453073 - 453084, 453095 - 453106, 453110 - 453121, 453132 - 453143, 453154 - 453165, 453176 - 453180, 453235 - 453246, 453272 - 453283, 453294 - 453305, 453316 - 453320 comprennent les examens éventuels sans produit de contraste au cours de la même vacation.

## Angiographies de soustraction digitale.

Angiographie de soustraction digitale après administration intraveineuse de produit de contraste quel que soit le nombre d'injections de produit de contraste, quel que soit le nombre de régions ou organes explorés, y compris toutes les manipulations, avec documentation sur film transparent des images significatives:

5100	453515	453526	Avec placement d'un cathéter dans la veine cave .....	N 190
5101	453530	453541	Les autres cas .....	N 140

Les prestations n°s 453515 - 453526 et 453530 - 453541 ne sont pas cumulables avec les prestations n°s 450531 - 450542 et 459211 - 459222, 459233-459244,459255-459266.

Les artériographies de soustraction digitale après administration intra-artérielle locale de produit de contraste peuvent être portées en compte conformément aux prestations prévues pour les artériographies non digitales.

Pour chaque région artérielle explorée telle qu'elle est décrite dans les prestations de la nomenclature, obtenue à partir d'une administration locale séparée de produit de contraste, quel que soit le nombre d'injections de produit de contraste, le numéro de la prestation correspondante peut être porté en compte. En lieu et place du nombre de clichés requis il faut fournir, pour chaque région qui est portée en compte, une documentation sur film transparent des images significatives. Les prestations n°s 459211 - 459222, 459233 - 459244, 459255 - 459266 ne peuvent pas être portées en compte en supplément.

## 6° Neurologie:

5110	454016	454020	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés ....	N 200
5111	454031	454042	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, plus de deux incidences, minimum 8 clichés .....	N 250
5114	454053	454064	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum 3 clichés .....	N 160
5122	454075	454086	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum deux incidences différentes et 10 clichés .....	N 250

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les angiographies.

## 7° Système ostéo-articulaire :

455011	455022	Radiographie d'un ou plusieurs doigt(s) avec visualisation des phalanges et des extrémités distales des métacarpiens, minimum 2 clichés, par main .....	N 28
455033	455044	Radiographie de la main, avec visualisation du métacarpe et du carpe, minimum 2 clichés .....	N 28
455055	455066	Radiographie du poignet, avec visualisation de l'articulation, du carpe proximal et des extrémités distales du radius et du cubitus, minimum 2 clichés .....	N 28

455070 455081 Radiographie de l'avant-bras, avec visualisation de la diaphyse du radius, du cubitus et de l'articulation distale ou proximale, minimum 2 clichés ..... N 28

Maximum 2 des prestations 455011 - 455022, 455033 - 455044, 455055 - 455066 et 455070 - 455081 peuvent être portées en compte par côté.

455092 455103 Radiographie du coude, avec visualisation de l'articulation, minimum 2 clichés ..... N 28

455114 455125 Radiographie du bras, avec visualisation de la diaphyse de l'humérus et de l'articulation distale ou proximale, minimum 2 clichés ..... N 35

455136 455140 Radiographie de l'épaule, avec visualisation de l'articulation scapulo-humérale, minimum 2 clichés ..... N 35

455814 455825 Radiographie de l'omoplate, minimum 2 clichés ..... N 28

455836 455840 Radiographie de la clavicule avec visualisation des articulations acromio-claviculaire et sterno-claviculaire, minimum 2 clichés ..... N 28

Les prestations 455136 - 455140, 455814 - 455825 et 455836 - 455840 ne sont pas cumulables entre elles.

455151 455162 Radiographie d'un ou plusieurs orteil(s), avec visualisation des phalanges et des métatarsiens, minimum 2 clichés, par pied..... N 28

455173 455184 Radiographie du pied, avec visualisation des métatarsiens et du tarse, minimum 2 clichés ..... N 28

455195 455206 Radiographie de la cheville, avec visualisation de l'articulation et des extrémités distales du tibia et du péroné, minimum 2 clichés ..... N 28

455210 455221 Radiographie de la jambe, avec visualisation de la diaphyse du tibia, du péroné et de l'articulation distale ou proximale, minimum 2 clichés ..... N 28

Maximum 2 des prestations 455151 - 455162, 455173 - 455184, 455195 - 455206 et 455210 - 455221 peuvent être portées en compte par côté.

455232 455243 Radiographie du genou, avec visualisation de l'articulation fémoro-tibiale et de la rotule, minimum 2 clichés ..... N 40

455851 455862 Radiographie du fémur, avec visualisation de la diaphyse fémorale et de l'articulation distale ou proximale, minimum 2 clichés .. N 40

455254 455265 Radiographie de la hanche, avec visualisation de l'articulation coxo-fémorale, minimum 2 clichés ..... N 40

455276 455280 Radiographie du bassin, au minimum un cliché du bassin de face dans son ensemble ..... N 35

Maximum 2 des prestations 455851 - 455862, 455254 - 455265 et 455276 - 455280 peuvent être portées en compte par côté.

455291	455302	Mensuration comparative par scanométrie ou téléradiographie des deux membres inférieurs dans leur ensemble. ....	N 90
455335	455346	Radiographie du gril costal, minimum 2 clichés .....	N 47

La prestation n° 455335 - 455346 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 452690 - 452701 et 452712 - 452723.

455873	455884	Radiographie du sternum, minimum 1 cliché .....	N 28
455394	455405	Radiographie de la colonne cervicale, y compris éventuellement la charnière occipito-cervicale, minimum 3 clichés .....	N 80
455416	455420	Radiographie de la colonne dorsale, minimum 3 clichés ..	N 70
455475	455486	Radiographie de la colonne lombaire, y compris éventuellement l'articulation sacro-iliaque, minimum 3 clichés .....	N 90
455534	455545	Radiographie de la région sacro-coccygienne ou de l'articulation sacro-iliaque, minimum 2 clichés .....	N 35

Les prestations n°s 455276 - 455280 et 455475 - 455486 ne sont pas cumulables avec la prestation n° 455534 - 455545.

455593	455604	Etude radiographique de la statique de la colonne vertébrale dans son ensemble, minimum un cliché, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires .....	N 60
455630	455641	Radiographie du crâne, de la face et des sinus ou des mastoïdes ou des rochers ou des articulations temporomaxillaires ou des orbites ou des trous optiques ou des fentes sphénoïdales, minimum deux clichés, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires .....	N 65

La prestation 455630 - 455641 lors d'un traumatisme n'est remboursée qu'en cas de traumatisme facial majeur ou pour les enfants de moins de 5 ans.

Les honoraires pour les prestations n°s 307112 - 307123 et 307134 - 307145 ne sont pas cumulables avec les honoraires pour la prestation n° 455630-455641.

455696	455700	Radiographie des os nasaux .....	N 28
455711	455722	Arthrographie, minimum quatre clichés, quel que soit le nombre de clichés supplémentaires .....	N 120

**8° Crâne, face: radiographies oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques spéciales:**  
Prestations supprimées par l'A.R. du 30.5.2001

**9° Tomographies:**  
Prestations supprimées par l'A.R. du 30.5.2001

**10° Manipulations:**  
Prestations supprimées par l'A.R. du 30.5.2001

## 11° Tomographies par ordinateur.

458673	458684	Tomographie du crâne et/ou du massif facial, commandée par ordinateur, avec et/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 10 coupes au minimum pour l'ensemble de l'examen .....	N 180
--------	--------	---	-------

La prestation 458673-458684 lors d'un traumatisme n'est remboursée que dans une des situations suivantes:

1. Symptômes neurologiques généralisés ou focaux.
2. Lacération jusque sur l'os ou de plus de 5 cm.
3. Histoire ou examen inadéquat (épilepsie, alcool, enfant, etc...)
4. Suspicion de lésion intentionnelle ou fontanelle bombante chez l'enfant de moins de 5 ans.
5. Suspicion de corps étranger ou lésion crânienne pénétrante.
6. Fracture crânienne ou diastase sur RX du crâne ou perte de liquide céphalo-rachidien par écoulement nasal ou perte de liquide céphalo-rachidien ou de sang par écoulement auriculaire.

458732	458743	Tomographie des rochers et/ou de la selle turcique, commandée par ordinateur, avec ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, dans une série successive de coupes égales ou inférieures à 2 mm : 20 coupes au minimum .....	N 275
--------	--------	--	-------

458813	458824	Tomographie commandée par ordinateur, du cou (parties molles) ou du thorax, ou de l'abdomen, avec et/ou sans moyen de contraste, avec enregistrement et clichés, 15 coupes au minimum, pour l'ensemble de l'examen .....	N 260
--------	--------	--	-------

Tomographie commandée par ordinateur, d'un niveau sous forme d'un corps vertébral ou d'un espace intervertébral avec ou sans moyen de contraste, 6 coupes au minimum:

458835	458846	- pour un niveau .....	N 120
--------	--------	------------------------	-------

458850	458861	- pour deux ou plusieurs niveaux .....	N 180
--------	--------	--	-------

458872	458883	Tomographie commandée par ordinateur, d'un ou de plusieurs membres, avec et/ou sans moyen de contraste, 6 coupes au minimum pour l'ensemble de l'examen .....	N 100
--------	--------	---	-------

458894	458905	Tomographie commandée par ordinateur, d'une articulation d'un ou de plusieurs membres, y compris l'injection du produit de contraste sous contrôle scopique et les clichés éventuels, minimum 10 coupes .....	N190
--------	--------	---	------

Cette prestation ne peut être cumulée avec les prestations 455711 - 455722 et 458872 - 458883.

La prestation de tomographie commandée par ordinateur ne peut être portée en compte qu'après une période de 30 jours.

Si on répète l'examen dans le délai de 30 jours pour raison médicale, la motivation doit être à la disposition du médecin-conseil dans le dossier du patient.

## 11°bis Résonance magnétique nucléaire.

- prestations uniquement remboursables lorsque exécutées par un médecin spécialiste en radio-diagnostic dans un service agréé (appareil agréé) ;

- les examens d'IRM comportent au moins 3 séquences.

459395	459406	Examen d'IRM de la tête (crâne, encéphale, rocher, hypophyse, sinus, orbite(s) ou articulations de la mâchoire), minimum 3 séquences avec ou sans contraste, avec enregistrement soit sur support optique, soit électromagnétique ..... N 270
459410	459421	Examen d'IRM du cou ou du thorax ou de l'abdomen ou du bassin, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique ..... N 350
459432	459443	Angiographie par résonance magnétique des vaisseaux du cou ou des vaisseaux sanguins du thorax ou de l'abdomen ou du pelvis ou d'un membre, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique ..... N 350
459454	459465	Etude morphologique et fonctionnelle par résonance magnétique du cœur avec mesure de la fonction cardiaque globale et/ou régionale, minimum 3 séquences, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique ..... N 350
459476	459480	Examen d'IRM d'un ou des deux seins, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique ..... N 300
459491	459502	Examen d'IRM du rachis cervical ou thoracique ou lombo-sacré, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support, soit optique, soit électromagnétique ..... N 190
459513	459524	Examen d'IRM d'un membre, minimum 3 séquences, avec ou sans contraste, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique ..... N 190
459535	459546	Etude fonctionnelle par résonance magnétique de l'encéphale (technique Bold) avec collecte séquentielle des données avec analyse quantitative via un système de comptage (ordinateur) avec courbes d'activité dans le temps et/ou tableaux de mesures et/ou images paramétriques, minimum 3 séquences, avec enregistrement sur support soit optique, soit électromagnétique ..... N 500

La prestation 459535 - 459546 n'est remboursable qu'une seule fois par an. Parmi les prestations 459395 - 459406, 459410 - 459421, 459432 - 459443, 459454 - 459465, 459476 - 459480, 459491 - 459502, 459513 - 459524 et 459535 - 459546, une seule peut être portée en compte par jour.

## 12° Divers:

Les examens stéréographiques, kymographiques et les radiographies de contrôle effectuées en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale sont honorés conformément aux libellés prévus pour les radiographies de la même région et augmentés des suppléments suivants:

5233	459071	459082	Supplément pour radiographies de contrôle en salle d'opération au cours d'une intervention orthopédique ou chirurgicale ..... N 30
------	--------	--------	--

5234	459104	Supplément pour radiographies faites chez un patient hospitalisé sous traction continue ou sous aspiration thoracique continue ou sous surveillance telle qu'elle est décrite aux prestations 211013 - 211024,211035 - 211046, 211116 - 211120,211131 - 211142,212015 - 212026, 212030 - 212041 et 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023,214034 - 214045 ..... N 20
5235	459115 459126	Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique ..... N 40

Lorsque plusieurs radiographies sont effectuées au cours d'une même séance, le supplément prévu au n° 459071 - 459082 ou 459104 ne peut être porté qu'une fois en compte.

La prestation n° 459115 - 459126 ne peut être portée en compte qu'une fois par séance opératoire; si des radiographies sont effectuées au cours de la même séance opératoire, la prestation n° 459115 - 459126 ne peut être portée en compte.

5239	459196 459200	Fistulographie, y compris la manipulation avec examen radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, minimum 2 clichés ..... N 75
------	---------------	---

Supplément pour la méthode de soustraction lors d'une angiographie cérébrale ou viscérale, le masque et le positif y compris:

5240	459211 459222	une sélection plus un cliché ..... N 20
5241	459233 459244	par cliché de soustraction supplémentaire ..... N 6
5242	459255 459266	maximum pour l'ensemble de l'examen ..... N 50

460670 Honoraires de consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic, applicables aux prestations suivantes d'imagerie médicale pratiquées dans le secteur ambulatoire :

- A l'article 17 § 1er

- 1) 450074,450096,
- 2) 450531 à 450715
- 3) 451076, 451135, 451312 à 451754 ainsi que 451813 à 451850, 451894
- 5) 453073 à 453530
- 6) 454016 à 454075
- 7) 455711
- 11) 458673 à 458894
- 12) 459196
- 13) 459395 à 459535.

- A l'article 17 bis § 1er : 459756, 459771,459793,459815,459712, 459734, 460051, 460073, 460095, 460110, 460132, 460154, 460176, 460191, 460235, 460250, 460272, 460294, 460316, 460331, 460353, 460375, 460456, 460493, 460515, 460530, 460552, 460633, 460655, 460832,460854,460574,461156, 461215 et 461230 ..... N 41

Cet honoraire est réservé au seul médecin spécialiste en radiodiagnostic.

Il n'est payable qu'une fois par prescription quel que soit le nombre de prestations pratiquées par le médecin spécialiste en radiodiagnostic en réponse à celle-ci. Il est payable au maximum une fois par 24 heures.

Il couvre l'évaluation de la situation clinique, le choix des examens et l'organisation de l'investigation lors de prestations exigeant expressément sa participation à leur réalisation, en dehors des dépenses exposées par le radiologue dans l'exécution de la prestation et l'interprétation des résultats.

460795	Honoraires de consultance du médecin accrédité spécialiste en radiodiagnostic, applicables aux mêmes prestations et dans les mêmes conditions que celles prévues pour la prestation n° 460670 du présent article ..... N 41 + ..... Q 20
460972	Honoraires forfaitaires par prescription et par jour pour toutes les prestations techniques d'imagerie médicale de l'article. 17,§1 exécutées en ambulatoire excepté lorsqu'il est exécuté au moins une des prestations reprises sous les n°s 460994 ou 461016 . N 20 .
460994	Honoraires forfaitaires par prescription et par jour pour toutes les prestations techniques d'imagerie médicale exécutées en ambulatoire dont au moins une des prestations suivantes de l'article 17 § 1er :  1) 450074,450096 2) 450531 à 450715 3) 451076, 451312 à 451754 ainsi que 451813 à 451850,451894 6) 455711 8) 459196 ..... N 38
461016	Honoraires forfaitaires par prescription et par jour pour toutes les prestations d'imagerie médicale exécutées en ambulatoire dont au moins une des prestations suivantes de l'article 17 § 1er:  1) 458673 à 458894 2) 453316 à 453530 3) 453154 à 453294 4) 454016 à 454075 5) 459395 à 459535 ..... N 71

Les prestations n°s 453110, 453132, 453950, 453972 ne donnent jamais droit à un des honoraires forfaitaires repris sous les numéros 460972, 460994 ou 461016.

Les honoraires pour les prestations reprises sous les numéros 460972, 460994 ou 461016 sont réservés au médecin spécialiste en radiodiagnostic.

Les prestations 460972,460994 et 461016 ne sont pas cumulables entre elles, elles ne peuvent être remboursées qu'une fois par jour et par patient, quel que soit le nombre de prescriptions ou le nombre de prestations effectuées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic

Les honoraires prévus pour ces prestations couvrent aussi les frais de fonctionnement du service d'imagerie médicale.

460703	Honoraires de consultance payables par admission dans un ou plusieurs services aigus A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, NIC, Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur d'un hôpital général ..... N31
--------	--

Cet honoraire est réservé au seul médecin spécialiste en radiodiagnostic.

Il couvre les frais spécifiquement exposés par le médecin spécialiste en radiodiagnostic pour évaluer dans une situation clinique déterminée, le choix des examens d'imagerie médicale les plus appropriés et lui permettre d'apporter l'aide la plus adéquate au diagnostic en sa qualité de consultant.

Ces activités spécifiques représentent notamment protocole, rapport, comparaison et évaluation des résultats.

En cas de transfert dans un autre hôpital du groupement au cours d'une période d'hospitalisation continue, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'un transfert interne et non d'une nouvelle admission.

460821	Honoraires de consultation du médecin accrédité spécialiste en radiodiagnostic, applicables dans les mêmes conditions que celles prévues pour la prestation n° 460703 du présent article ... N 31 + ..... Q 20
--------	---

Les prestations 460725, 460740 et 460762 sont supprimées par l'AR du 29.4.1999.

**§ 2.** Les honoraires pour les prestations effectuées par un médecin agréé par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions au titre de spécialiste en radiodiagnostic ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade même au cas où une prestation d'échographie a été pratiquée au cours de la même séance. Cela vaut pour le même malade et les médecins de la même discipline pour toutes les phases de l'acte radiologique en cours.

**§ 3. a)** Conformément aux dispositions légales en la matière, les prestations reprises à l'article 17, § 1er, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° et 12° doivent être effectuées dans des services d'imagerie médicale agréés.

**b)** Les prestations de l'article 17 sont réservées aux médecins agréés par le Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions, comme médecin spécialiste en radiodiagnostic.

**§ 4.** Les dispositions relatives à l'agrément des services d'imagerie médicale et les dispositions du § 11 sont également applicables aux prestations d'imagerie médicale prévues par ailleurs au chapitre V de la présente nomenclature.

**§ 5. a)** Les manipulations spéciales nécessaires aux examens sont honorées en supplément de ces examens, conformément aux indications de la nomenclature.

**b)** Les honoraires comprennent les honoraires pour la prise des clichés et la rédaction des protocoles.

Ils englobent les frais en relation avec ces examens, à l'exception de la prestation: "Radioscopie, avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique".

**c)** Les produits de contraste utilisés ne sont pas compris dans les honoraires à l'exception du bariem utilisé pour l'étude de l'oesophage, de l'estomac, du duodénum, du grêle et du côlon.

Les produits de contraste non compris dans les honoraires peuvent être portés à charge de l'assurance, pour autant qu'ils figurent sur la liste des médicaments remboursables.

**§ 6.** Chaque acte doit être accompagné d'un rapport établi par le médecin spécialiste en radiodiagnostic, tel que prescrit au § 12, 3).

**§ 7.** Supprimé par l'A.R. du 28.11.1986.

**§ 8.** Les honoraires pour les examens stéréographiques ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour les examens kymographiques ni avec les honoraires pour les tomographies.

**§ 9.** Par cliché différent, il faut entendre l'image radiologique prise sous une autre incidence au cours d'un examen morphologique ou bien à un autre moment (incidence identique ou incidence différente) au cours d'un examen fonctionnel ou fixée sous forme analogue ou digitalisée sur un support magnétique, optique ou autre.

**§ 10.** Le nombre indiqué de clichés constitue un minimum requis pour un examen valable au-dessous duquel les honoraires pour la prestation ne sont plus dus sur la base de ce numéro de la nomenclature.

Pour les prestations radiologiques dont le nombre de clichés n'est pas indiqué, les libellés signifient l'examen complet, quel que soit le nombre de clichés.

**§ 11.** Les prestations radiographiques et radioscopiques sont réservées aux médecins dont les appareils et les locaux répondent aux critères de sécurité énoncés à l'arrêté royal du 28 février 1963 portant règlement général de la protection de la population et des travailleurs contre le danger des radiations ionisantes.

Ces prestations ne peuvent, par conséquent, donner lieu à intervention de l'assurance quand elles sont effectuées par des médecins dont les appareils et les locaux ne répondent pas aux critères de sécurité précités.

Pour établir que ces critères de sécurité sont respectés, les médecins sont tenus de produire, sur toute demande des médecins-inspecteurs du Service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, un certificat établi par un organisme agréé par le Ministre de l'Emploi et du Travail et par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, pour le contrôle en matière de radiations ionisantes, au sens de l'article 74 du règlement général précité. Ce certificat doit attester que les appareils et locaux ont, conformément au règlement général précité, fait l'objet du contrôle trimestriel ou annuel prévu respectivement pour les établissements de classe II et de classe III visés à l'article 3, b) et c) dudit règlement général et qu'ils répondent bien aux critères de sécurité prévus.

**§ 12.** Pour pouvoir être portées en compte, les prestations effectuées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic doivent répondre aux conditions suivantes:

1. Avoir été prescrites par un médecin ayant ce patient en traitement soit dans le cadre de la médecine générale, soit dans le cadre d'une spécialité médicale à l'exclusion de la radiologie ou par un praticien de l'art dentaire ayant le patient en traitement dans le cadre des soins dentaires. La prescription doit répondre aux modalités spécifiées ci-après:

2. Doivent être mentionnés sur la prescription:

- le nom et prénom du patient;
- le nom, le prénom, l'adresse et le numéro d'identification du prescripteur;
- la date de la prescription;
- la signature du prescripteur.

La prescription doit comporter une explication de la demande de diagnostic à l'adresse du radiologue et une indication du type d'examen souhaité.

3. Un protocole écrit de l'examen doit être établi et conservé.

Ce protocole doit être structuré comme une réponse à la demande de diagnostic et doit contenir la justification des techniques et procédés utilisés.

4. L'attestation de soins doit porter les nom, prénom et numéro d'identification du prescripteur. Les prestations qui sont effectuées à l'occasion d'une même prescription doivent être groupées sur l'attestation de soins.

5. Les prescriptions doivent être gardées pendant deux ans par le radiologue. Elles doivent être classées par ordre chronologique sur base de la date d'exécution de la prestation. Elles sont exigibles pour vérification, même en dehors de toute enquête, par l'Ordre, le Service du contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et les instances judiciaires.

Un double du protocole doit être gardé avec la prescription.

6. En ce qui concerne la prestation 450192-450203, l'invitation émanant de l'autorité organisatrice peut avoir valeur de prescription. Cette invitation doit mentionner le nom et le prénom de la patiente et la date d'expédition. Dans ce cas, les points 1, 2 et 4 ne sont pas d'application. (à partir du 01/05/2003)

**§ 13.** Les prestations n°s 262216 - 262220, 261811 - 261822, 261833 - 261844, 307090 - 307101, 473535 - 473546, 473550 - 473561, 473572 - 473583, sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en **radiodiagnostic**.

**§ 14.** Pour les prestations n°s 450634 - 450645, 451430 - 451441, 453530 - 453541, 458732 - 458743, 458813 - 458824 et 458894- 458905, et pour les prestations de résonance magnétique nucléaire prévues au §1<sup>er</sup>, 11 bis du présent article effectuées chez des enfants de moins de 5 ans, la valeur relative des valeurs mentionnées dans la présente nomenclature est augmentée de 25 pct.

---

## ARTICLE 17 BIS ECHOGRAPHIE

§ 1er. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin-spécialiste en radiodiagnostic(R):

### **Echographie bidimensionnelle**

#### **1. Echographies en dehors de la surveillance de la grossesse**

Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes :

460051	460062	Transfontanellaire du contenu du crâne .....	N 53
460073	460084	D'un oeil ou des deux yeux .....	N 30
460095	460106	Du cou .....	N 42
460110	460121	Du thorax .....	N 30
460132	460143	D'un sein ou des deux seins .....	N 30

#### **De l'abdomen:**

460154	460165	Le foie et/ou la vésicule biliaire et/ou les voies biliaires .....	N 40
--------	--------	--	------

460176	460180	Le pancréas et/ou la rate .....	N 40
460191	460202	Les reins et/ou les glandes surrénales et/ou le rétropéritoine et/ou les vaisseaux sanguins .....	N 40
460235	460246	Du bassin masculin .....	N 35
460250	460261	Du bassin féminin .....	N 50
460272	460283	Du scrotum .....	N 30
460294	460305	D'un ou de plusieurs membres .....	N 42
460611	460622	Echographie bidimensionnelle urinaire complète, non cumulable avec les prestations n°s 460191 - 460202, 460235 - 460246, 460250 - 460261 .....	N 60
460493	460504	Echographie transrectale .....	N 40
460832	460843	Echographie transvaginale ... ..	N 35
460854	460865	Echographie endoluminale (autre que transrectale ou transvaginale).....	N 40

## 2. Echographies cardiovasculaires.

460316	460320	Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides.....	N 94
460331	460342	Examen duplex couleur bilatéral artères carotides et des artères vertébrales, .....	N 112
460633	460644	Examen duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds, thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens.....	N 94
461156	461160	Examen duplex couleur bilatéral des vaisseaux sanguins artériels et /ou veineux superficiels et profonds des membres.....	N 60

La prestations 461156-461160 ne peut être facturée qu'une seule fois par année civile sauf s'il existe une nouvelle indication diagnostique.

460375	460386	Examen duplex couleur des vaisseaux intracrâniens .....	N 83
460456	460460	Bilan échographique transthoracique complet du cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles dans au moins trois plans de coupe différents, et de signaux Doppler en mode couleur et en mode spectral au niveau d'au moins trois orifices valvulaires. L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital et le protocole détaillé sont exigés .....	N 104
461215	461226	Répétition dans l'année civile de la prestation 460456 - 460460 ou 469814-469825 pour l'une des indications reprises ci-dessous. L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital, le protocole détaillé et la tenue d'un registre reprenant les indications de l'examen répété sont exigés.....	N 104

## Réévaluation à la demande dans l'année:

- \* lors de la survenue
  - A1. d'une nouvelle symptomatologie clinique ou de nouveaux signes cliniques chez un patient indemne de toute pathologie cardiaque connue;
  - A2. de modifications des signes fonctionnels ou de l'examen clinique ou lors de la survenue de complications, chez un patient souffrant d'une cardiopathie préalablement démontrée.
- \* en vue du diagnostic de l'une des situations cliniques suivantes:
  - B1. infarctus aigu du myocarde;
  - B2. insuffisance cardiaque;
  - B3. d'épanchement péricardique, de péricardite constrictive ou d'hémopéricarde;
  - B4. masse cardiaque suspectée ou avérée;
  - B5. endocardite bactérienne;
  - B6. dissection aortique;
  - B7. embolie pulmonaire;
  - B8. hypertension artérielle pulmonaire;
  - B9. traumatisme thoracique;
  - B10. prescription de médicaments cardiotoxiques;
  - B11. avant cardioversion d'une arythmie auriculaire.
- \* avant chirurgie extracardiaque à risque intermédiaire ou élevé ou chirurgie cardiovasculaire si l'examen échocardiographique-Doppler précédent date de moins d'un an en cas de :
  - C1. valvulopathie aortique ou mitrale moyennement sévère, asymptomatique;
  - C2. cardiopathie ischémique suspectée ou avérée;
  - C3. cardiomyopathie ou insuffisance cardiaque connue;
  - C4. cardiopathie congénitale complexe non ou partiellement corrigée.
- \* en vue d'apprécier les résultats d'une intervention thérapeutique après
  - D1. chirurgie valvulaire, correction de cardiopathie congénitale ou exérèse d'une masse cardiaque;
  - D2. commissurotomie mitrale percutanée;
  - D3. ablation par radiofréquence d'une arythmie;
  - D4. renforcement du traitement anticoagulant ou thrombolyse dans les cas de thrombose d'une prothèse valvulaire;
  - D5. un épisode de décompensation cardiaque;
  - D6. péricardocentèse;
  - D7. traitement d'une hypertension artérielle pulmonaire;
- \* Réévaluation systématique dans l'année pour assurer le suivi des pathologies suivantes:
  - E1. sténose aortique modérée asymptomatique afin de juger de la vitesse d'évolution (une seule fois);
  - E2. valvulopathie aortique ou mitrale sévère asymptomatique (max. 2 fois par an);
  - E3. valvulopathie aortique ou mitrale modérée ou sévère,

- asymptomatique ou d'une prothèse, plastie, autogreffe ou homogreffe valvulaire normale au cours d'une grossesse (maximum 2 fois par grossesse);
- E4. dilatation de l'aorte ascendante (maximum 2 fois par an);
- E5. séquelles d'endocardite bactérienne;
- E6. infarctus aigu du myocarde (une fois en cours d'hospitalisation et une fois au cours de la première année en l'absence de complications);
- E7. dissection aortique;
- E8. transplantation cardiaque.
- 461230 461241 Examen échographique transthoracique limité du cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles et de signaux Doppler en mode spectral. L'enregistrement et l'archivage de l'examen et une description succincte répondant au problème clinique sont exigés ..... N 60
- 460574 460585 Bilan échographique transoesophagien complet du cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles dans au moins 3 plans de coupe différents, et de signaux Doppler en mode couleur au niveau d'au moins 3 orifices valvulaires. L'enregistrement et l'archivage de l'examen sur bande magnétique ou support digital et le protocole détaillé sont exigés ..... N 175
- 461252 461263 Examen échographique transoesophagien limité du cœur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles et de signaux Doppler en mode couleur. L'enregistrement et l'archivage de l'examen et une description succincte répondant au problème clinique sont exigés ..... N 90
- 461322 Examen échographique complet de l'enfant né avec une anomalie congénitale et âgé de moins de 7 ans, combinant les examens libellés sous les numéros 460460 et 460644, non cumulable avec ceux-ci, attestable une fois par période d'hospitalisation, avec protocole et extraits ..... N 208

Les échographies cardiovasculaires comprennent un examen duplex couleur avec une image échographique bidimensionnelle et un tracé doppler, avec analyse de fréquence des signaux, documenté par un protocole écrit et un support iconographique.

#### 4. Echographies combinées

- 459712 – 459723 Examen abdominal total (foie, vésicule biliaire, rate, pancréas, reins ou surrénales, rétropéritoine) avec au minimum huit coupes différentes documentées, y compris l'usage éventuel de techniques doppler ..... N 85
- 459734 – 459745 Echographie urinaire complète (reins, uretères et vessie) avec au minimum six coupes différentes documentées, y compris l'usage de techniques doppler ..... N 70
- 459756 – 459760 Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales et examen duplex couleur des vaisseaux sanguins profonds thoraciques et/ou abdominaux et/ou pelviens et/ou des vaisseaux des membres ..... N 170

- 459771 – 459782 Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales et échographie d'une des régions suivantes : contenu du crâne (transfontanellaire), thorax, seins, foie-vésicule biliaire, pancréas-rate, reins-vessie, rétropéritoine, gros vaisseaux abdominaux, abdomen supérieur total, bassin masculin ou féminin ..... N 160
- 459793 – 459804 Echographie d'au moins deux régions anatomiques différentes : contenu du crâne (transfontanellaire), thorax, seins, foie-vésicule biliaire, pancréas-rate, reins-vessie, rétropéritoine, gros vaisseaux abdominaux, bassin masculin ou féminin ..... N 70
- 459815 – 459826 Examen duplex couleur bilatéral des vaisseaux sanguins artériels et/ou veineux (superficiels et profonds) des membres et échographie d'une des régions suivantes : contenu du crâne (transfontanellaire), thorax, seins, foie-vésicule biliaire, pancréas-rate, reins-vessie, rétro-péritoine, gros vaisseaux abdominaux, abdomen supérieur total, bassin masculin ou féminin ..... N 160

L'examen duplex couleur comprend une image échographique bidimensionnelle et un tracé doppler, avec analyse de fréquence des signaux, documenté par un protocole écrit et un support iconographique.

#### 5. Divers

Les échographies reprises sous les points 1 et 2 qui sont effectuées en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale sont honorées conformément aux libellés prévus pour les échographies de la même région, augmentées des suppléments d'honoraires suivants:

- 459970 – 459981 Honoraires complémentaires par séance opératoire pour échographies en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ..... N 30
- 460003 Honoraires complémentaires pour échographies effectuées chez un patient hospitalisé sous traction continue ou sous aspiration thoracique continue ou sous surveillance telle qu'elle est décrite aux prestations nos 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 212015 - 212026, 212030 - 212041, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023 et 214034 - 214045 ..... N 30

La prestation 459970 - 459981 ne peut être portée en compte qu'une fois par séance opératoire et les prestations 459970 - 459981 et 460003 ne sont pas cumulables entre elles.

### 3. Echographie de l'abdomen et/ou du petit bassin dans le cadre de la surveillance **d'une même grossesse**:

- 460515 460526 Evaluation échographique bidimensionnelle de la grossesse avec protocole et documents, maximum une fois par trimestre ..... N 35

La prestation 460515 - 460526 comporte une échographie de base en vue de l'évaluation du fœtus et du placenta et la détection d'anomalies fœtales éventuelles durant chaque trimestre de la grossesse.

- 460530 460541 Examen échographique fonctionnel comprenant une biométrie et un profil biophysique du fœtus avec ou sans mesure du flux sanguin ombilical en cas de haut risque obstétrical ou fœtal documenté ..... N 70

460552 460563 Exploration échographique systématique de tous les systèmes d'organes fœtaux avec protocole et documents en cas de malformation congénitale grave ou de risque prouvé ..... N 135

La prestation n° 460552 - 460563 comprend un examen approfondi du système nerveux central, de la colonne vertébrale, du système cardiovasculaire et urogénital, du système locomoteur, du visage, de l'oropharynx, du tractus gastro-intestinal, du foie et de la vésicule biliaire, du diaphragme et de la paroi abdominale avec documentation photographique et protocole et ne peut être remboursée qu'après accord préalable du médecin-conseil.

**§ 2.** Par jour et par patient, une seule des prestations du § 1<sup>er</sup> du présent article et du § 1<sup>er</sup> de l'article 17quater peut être portée en compte. Cette limitation s'applique tant au médecin individuel qu'aux différents médecins appartenant à la même spécialité. Font exception à cette règle de cumul les prestations nos 460644, 460585, 461263, 469766, 469840 et 469685 qui peuvent être portées en compte deux fois au cours d'une même journée pour un patient hospitalisé dont l'altération de la fonction circulatoire pose un problème vital immédiat.

Dans le cas où la prestation décrite dans le libellé des prestations 460460 ou 469825 est exécutée plusieurs fois dans la même journée dans les circonstances décrites à l'alinéa précédent, une seule répétition peut être attestée sous le numéro 461226, 461241, 469641 ou 469663 selon le cas .

**§ 3.** Les échographies de l'abdomen et/ou du petit bassin dans le cadre de la surveillance d'une même grossesse peuvent être prescrites par une accoucheuse pour une patiente en traitement dans le cadre des prestations d'obstétrique requérant sa qualification.

**§ 4.** Pour pouvoir être portées en compte, les prestations doivent être effectuées au moyen d'appareils d'échographie répondant aux exigences de la nomenclature en matière de pouvoir de résolution, de traitement d'images et d'enregistrement sur film ou sous forme analogue ou digitalisée sur un support magnétique ou optique.

**§ 5.** supprimé

**§ 6.** Pour les patients soignés ambulatoirement, les honoraires pour les examens échographiques peuvent être cumulés avec les honoraires pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste sauf pour le médecin spécialiste en radiodiagnostic.

**§ 7.** Pour les prestations nos 460191 - 460202 et 459712 - 459723 effectuées chez des enfants de moins de 5 ans, la valeur relative est majorée de 25 %.

**§ 8.** Dans le cadre d'une même grossesse sans risques inhabituels, maximum trois des prestations prévues sous les n°s 460515 - 460526, 460250 - 460261, 460493 - 460504, 469490 - 469501, 469571 - 469582 ou 469895 - 469906 peuvent être portées en compte.

**§ 9.** Chaque prestataire qui atteste les échographies cardiaques sous les numéros de code 461215-461226 doit en rédiger une liste reprenant les nombres des différentes indications en suivant l'ordre du libellé. Cette liste doit être tenue à la disposition du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et de la Société belge de cardiologie..

Pour les échographies cardiaques les termes "répétition-réévaluation dans l'année" doivent être compris pour un groupe de prestataires qui collaborent habituellement de façon organisée.

**§ 10.** Les prestations reprises à l'article 17quater ne sont pas honorées lorsqu'elles sont exécutées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic.

**§ 11.** Les dispositions énoncées à l'article 17, §§ 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11 et 12 de la présente nomenclature s'appliquent également aux prestations reprises au § 1er du présent article.

**§ 12.** Chaque examen doit faire l'objet d'un rapport établi par le médecin ainsi que le prescrit l'article 17, § 12, 3 de la présente nomenclature.