

SECTION 3. - Anesthésiologie.

Art. 12. § 1^{er}. Honoraires pour les médecins spécialistes en anesthésiologie

a) Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation :

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)

"	1400	200012	200023	Classée dans une catégorie supérieure à K 600 ou N 1000 ou I 1500	K	360	
	1401	200034	200045	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 600 ou N 1000 ou I 1500 et supérieure à K 510 ou N 850 ou I 1000	K	300	
	1402	200056	200060	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 510 ou N 850 ou I 1000 et supérieure à K 450 ou N 750 ou I 850	K	255	
	1403	200071	200082	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 450 ou N 750 ou I 850 et supérieure à K 390 ou N 650 ou I 750	K	225	
	1404	200093	200104	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 390 ou N 650 ou I 750 et supérieure à K 300 ou N 500 ou I 600	K	198	
	1405	200130	200141	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 600 et supérieure à K 270 ou N 450 ou I 550	K	129	
	1406	200152	200163	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 270 ou N 450 ou I 550 et supérieure à K 240 ou N 400 ou I 450	K	117	
	1407	200196	200200	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 240 ou N 400 ou I 450 et supérieure à K 180 ou N 300 ou I 350	K	105	
	1408	200211	200222	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 180 ou N 300 ou I 350 et supérieure à K 120 ou N 200 ou I 250	K	72	
	1409	200255	200266	Classée dans la catégorie K 120 ou N 200	K	51	"
				"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 3.6.2007" (en vigueur 1.4.2007)			
				"Anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou du plexus brachial pratiquée au cours d'une prestation :"			
				"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)			
"	1410	201073	201084	Classée dans une catégorie inférieure à K 120 ou N 200 ou I 200 et supérieure à K 75 ou N 125 ou I 125	K	45	
	1411	201110	201121	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 75 ou N 125 ou I 125 et supérieure à K 24 ou N 40 ou I 40	K	36	
	1412	201132	201143	Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 24 ou N 40 ou I 40	K	30	"
				"A.R. 10.7.1996" (en vigueur 1.9.1996)			
"	1413	201154	201165	Honoraires complémentaires pour les interventions chirurgicales sous hypothermie profonde (température centrale au-dessous de 33°)	K	90	"

"	1414	201176	201180	"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986) Honoraires complémentaires pour les interventions sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extracorporelle ou pour les prestations n ^{os} 318010 - 318021, 318054 - 318065 et 318076 - 318080	K	240	"
"		201353	201364	"A.R. 26.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)] Honoraires complémentaires pour les interventions sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques, à cœur battant, sans utilisation de circulation extra-corporelle	K	240	
				La prestation 201353 - 201364 n'est pas cumulable avec la prestation 201176 - 201180."			
	1415	201191	201202	Anesthésie générale en curiethérapie intra-buccale	K	72	
	1416	201213	201224	Anesthésie générale en curiethérapie gynécologique ou autre	K	36	
	1417	201235	201246	Anesthésie générale lors d'extraction de 8 dents au moins, avec ou sans alvéolotomie, avec ou sans soins dentaires conservateurs	K	72	
	1418	201250	201261	Anesthésie générale lors d'extraction de moins de 8 dents avec ou sans alvéolotomie, et/ou soins dentaires conservateurs	K	45	
	1419	201272	201283	Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique	K	30	
"		201294	201305	"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 18.9.2008" (en vigueur 1.12.2008) Supplément d'honoraires pour anesthésie effectuée à l'occasion d'une prestation chirurgicale dépassant la valeur de K 750 ou N 1250 à l'exclusion des prestations chirurgicales correspondant aux n ^{os} 201154 - 201165, 201176 - 201180 et 201353 - 201364	K	120	"
"		201095	201106	"A.R. 3.6.2007" (en vigueur 1.4.2007) Anesthésie générale lors des prestations 532733-532744 ou 532755-532766	K	45	"
	1420	202016	202020	b) Honoraires pour le médecin spécialiste en anesthésiologie quand lors des prestations obstétricales 423010 - 423021 ou 424012 - 424023, il est appelé pour une des prestations suivantes : Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'un accouchement dystocique avec extraction forcipale ou avec version podalique interne suivie d'une grande extraction	K	72	
	1421	202031	202042	Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une suture du périnée, d'une délivrance du placenta ou d'une reposition manuelle d'une inversion utérine	K	36	

1422	202053	202064	Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une suture de déchirure du col utérin	K	45	
1423	202075	202086	Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une périnéorraphie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète	K	72	
1425	202090	202101	Anesthésie épidurale et sa surveillance pendant les différentes phases de l'accouchement, y compris la période de dilatation et les éventuelles manoeuvres obstétricales du postpartum citées aux prestations 202031 - 202042 et 202053 - 202064	K	105	
<p>Parmi les prestations visées au littera b), seules peuvent être cumulées les prestations 202016 - 202020 et 202075 - 202086 d'une part ou les prestations 202090 - 202101 et 202075 - 202086 d'autre part et ce, dans les conditions prévues au § 3, 6°.</p>						
<p>"A.R. 2.6.2003" (en vigueur 1.8.2003)</p>						
<p>"c)</p>						
202193	202204		Anesthésie épidurale et sa surveillance pendant les différentes phases de l'accouchement effectué par une accoucheuse, prévu sous les numéros 422225, 422671 et 423673, y compris la période de dilatation et les éventuelles manoeuvres obstétricales du postpartum citées aux prestations 202031 - 202042 et 202053 - 202064	K	105	"
<p>"A.R. 15.5.2003" (en vigueur 1.7.2003)</p>						
<p>"d) Traitement de la douleur aiguë</p>						
202311	202322		Contrôle de la douleur post-opératoire par le médecin spécialiste en anesthésie, par voie péri-durale, épidurale (PCEA, patient controlled epidural analgesia) ou tronculaire, avec surveillance de 24 heures, après une intervention chirurgicale ou après polytraumatisme, y compris le matériel utilisé et le placement, à l'exclusion des produits pharmaceutiques, maximum 4 jours, par jour	K	30	
202333	202344		Mise en place et programmation avec surveillance d'une pompe à analgésie pour administration d'un produit de type morphinique par voie intraveineuse (PCIA, patient controlled intravenous analgesia) après une intervention chirurgicale ou après polytraumatisme, y compris le matériel, à l'exclusion des produits pharmaceutiques, maximum 4 jours, par jour	K	30	"
<p>"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)</p>						
<p>"e) Traitement de la douleur chronique</p>						
202355	202366		Cordotomie cervicale au moyen d'une technique percutanée par radiofréquence, avec utilisation de l'amplificateur de brillance	K	225	
202370	202381		Traitement percutané du ganglion de Gasser à l'aide de courants de radiofréquence, de glycérol ou de compression à ballonnet, avec utilisation de l'amplificateur de brillance	K	180	

202392	202403	Traitement percutané du ganglion sphéno-palatin à l'aide de courants de radiofréquence, avec utilisation de l'amplificateur de brillance	K	180	
202414	202425	Sympathectomie intraveineuse, attestable au maximum quatre fois par an, par séance	K	30	
202436	202440	Blocage diagnostique sélectif de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an	K	30	
		Traitement percutané par radiofréquence de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an			
202451	202462	au niveau cervical	K	150	
202473	202484	au niveau thoracique	K	120	
202495	202506	au niveau lombaire/sacré	K	120	
202510	202521	Blocage diagnostique sélectif du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an	K	30	"
		"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) + Erratum M.B. 31.8.2007 "Traitement percutané par radiofréquence du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance,			
202532	202543	1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an	K	90	"
"	202554	2 ^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum deux fois par an	K	45	
		"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)			
202576	202580	Blocage diagnostique sélectif du ganglion cervico-dorsal avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an	K	30	"
		"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) "Traitement percutané par radiofréquence du ganglion cervico-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance,			
202591	202602	1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an	K	120	"
"	202613	2 ^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an	K	60	
		"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)			
202635	202646	Blocage diagnostique sélectif du ganglion thoraco-dorsal avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an	K	30	"

			"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) "Traitement percutané par radiofréquence du ganglion thoraco-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance,			
	202650	202661	1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an	K	90	"
"	202672	202683	"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) 2 ^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum deux fois par an	K	45	
	202694	202705	Cryothérapie d'un nerf ou d'un ganglion, attestable au maximum six fois par an	K	30	
	202716	202720	Placement par tunnellisation sous-cutanée et fixation d'un cathéter épidural, intrathécal ou plexique en vue d'une injection de longue durée d'analgésiques, avec ou sans utilisation de l'amplificateur de brillance	K	90	
	202731	202742	Blocage diagnostique sélectif du sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an	K	45	
	202753	202764	Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du système sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an	K	120	
	202775	202786	Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du ganglion coeliaque bilatéral, avec utilisation de l'amplificateur de brillance	K	180	
	202790	202801	Infiltration radiculaire ou transforaminale, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, maximum une racine nerveuse par séance, attestable au maximum six fois par an	K	45	
	202812	202823	Infiltration épidurale à visée thérapeutique au niveau lombaire, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an	K	30	
	202834	202845	Infiltration épidurale à visée thérapeutique, au niveau thoracique ou cervical, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an	K	45	"

"A.R. 7.8.1995" (en vigueur 1.9.1995) + "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

§ 1bis. Les prestations d'anesthésie mentionnées dans les rubriques a), b) et c) qui sont pratiquées au cours de prestations chirurgicales ou d'obstétrique visées aux articles 9, c), 11, § 1^{er}, et 14, ou au cours de prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale visées à l'article 34, d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120, N 200 ou I 200, et les prestations d'anesthésie mentionnées dans la rubrique e) d'une valeur égale ou supérieure à K 120, donnent lieu, pour le médecin accrédité spécialiste en anesthésie - réanimation au supplément d'honoraires de l'accréditation Q 105, attestable au maximum une fois par séance

Ce supplément d'honoraires est prévu sous le n° 202915 - 202926.

Ce supplément d'honoraires n'est accordé au maximum qu'une fois par séance opératoire."

"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997) + "A.R. 29.4.1999" (en vigueur 1.7.1999)

§ 2. Honoraires pour les médecins spécialistes en ophtalmologie et en stomatologie :

Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation :

203313	203324	Classée dans une catégorie égale ou supérieure à N 300 ou K 180	K	27	
203335	203346	Classée dans une catégorie égale ou supérieure à N 200 ou K 120 et inférieure à N 300 ou K 180	K	24	"

"A.R. 27.3.2003" [en vigueur 1.4.2003 ("A.R. 22.4.2003" + Erratum M.B. 29.4.2003)]

§ 2bis. Honoraires pour les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique :

203416	203420	Anesthésie paracervicale lors d'une aspiration folliculaire en vue d'une fécondation in vitro	K	20	"
--------	--------	---	---	----	---

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

§ 3. 1°. Les honoraires pour anesthésie mentionnés dans les rubriques a), b) et c) ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade.

2° . Les honoraires pour les prestations d'anesthésie mentionnés dans les rubriques a), b) et c) comprennent :"

"A.R. 30.1.1986" (en vigueur 1.7.1986)

"a) l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie;"

"A.R. 7.12.2005" (en vigueur 1.2.2006)

"Une consultation pré-anesthésie peut être portée en compte par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation en vue d'une narcose pratiquée chez un patient admis en hôpital de jour, à condition que cette consultation soit exécutée minimum 48 heures avant le jour de l'admission du patient en hospitalisation de jour. La narcose peut être remplacée par un autre type d'anesthésie à condition que les motivations en soient documentées dans le dossier médical. L'hospitalisation de jour peut être convertie en hospitalisation classique à condition que l'indication du transfert soit documentée dans le dossier médical.

La consultation pré-anesthésie peut être portée en compte pour d'autres types de prestations que des interventions chirurgicales, à condition que ces prestations soient exécutées sous narcose."

b) la préparation à l'anesthésie;

c) l'application des techniques d'anesthésie, la surveillance peropératoire de l'état général du malade et la mise en oeuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif;

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991) + "A.R. 14.11.2008" (en vigueur 1.1.2009)

"d) la surveillance postopératoire des suites de cette anesthésie. Néanmoins, les prestations n°s 211013 - 211024, 211035 - 211046, 211116 - 211120, 211131 - 211142, 211175 - 211186, 211190 - 211201, 212111 - 212122, 212214 - 212225, 212516 - 212520, 212531 - 212542, 213010 - 213021, 213032 - 213043, 214012 - 214023, 214034 - 214045, 214115 - 214126 peuvent être portées en compte chez un patient qui a subi une intervention chirurgicale dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 500 ou N 700 ou I 700."

3° . Les produits anesthésiques utilisés ainsi que les frais relatifs à l'appareillage et au personnel du bloc opératoire ne sont pas compris dans les honoraires pour l'anesthésie.

4° . Les anesthésies locales ou régionales (exception faite pour l'anesthésie rachidienne, épidurale ou l'anesthésie du plexus brachial) pour les prestations inférieures à K 120 ou N 200 font partie de la prestation qui nécessitait cette anesthésie et ne donnent pas lieu à honoraires.

5° . Les honoraires pour les anesthésies générales ne sont dus que si ces anesthésies ont été effectuées en milieu hospitalier.

6° . En cas de prestations multiples au cours d'une même séance, l'anesthésie correspondant à la prestation affectée du nombre coefficient le plus élevé est honorée à 100 p.c., les anesthésies correspondant aux prestations supplémentaires à 50 p.c. de leur valeur.

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

"Cependant, Les anesthésies mentionnées dans les rubriques a), b) et c) pour les prestations supplémentaires ne peuvent pas être honorées :"

a) dans les cas où des interventions chirurgicales multiples sont exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire;

b) 1. dans le cas où l'intervention décrite dans la nomenclature nécessite ou peut nécessiter le recours à plusieurs interventions dans des champs opératoires distincts;

2. dans le cas où l'intervention décrite dans la nomenclature sous un énoncé général comporte ou peut comporter des techniques complémentaires;

3. dans le cas où une appendicectomie est effectuée en même temps qu'une laparotomie pour une autre affection.

"A.R. 27.2.2002" (en vigueur 1.3.2002)

"4. pour la prestation percutanée interventionnelle 589094 - 589105."

"A.R. 22.1.1991" (en vigueur 1.1.1991)

"c) lorsque les prestations chirurgicales et/ou autres supplémentaires sont affectées d'un nombre coefficient inférieur à K 120 ou N 200 ou I 200."

"A.R. 18.2.1997" (en vigueur 1.4.1997)

"d) dans le cas où des prestations percutanées interventionnelles multiples sous contrôle d'imagerie médicale sont exécutées lors d'une même séance opératoire."

7° . L'échelle prévue sous les n°s 200012 - 200023, 200034 - 200045, 200056 - 200060, 200071 - 200082, 200093 - 200104, 200130 - 200141, 200152 - 200163, 200196 - 200200, 200211 - 200222, 200255 - 200266, 201073 - 201084, 201110 - 201121, 201132 - 201143 et 203011 - 203022, 203070 - 203081, 203114 - 203125, 203151 - 203162, 203173 - 203184, ne vise pas les prestations de radio-diagnostic, radiothérapie, radiumthérapie, obstétrique (423010 - 423021 et 424012 - 424023) et soins dentaires prévus à l'article 5.

8° . Les prestations n°s 202016 - 202020 et 202090 - 202101 ne donnent pas lieu à des honoraires supplémentaires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit, le week-end ou un jour férié.

9° . *Supprimé par l'A.R. du 18.2.1997. (en vigueur 1.4.1997)*

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

§ 4. a) Les honoraires pour les prestations d'anesthésie mentionnées à la rubrique e) ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin à l'exception des prestations 202414 - 202425, 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646, 202694 - 202705, 202731 - 202742, 202790 - 202801, 202812 - 202823 et 202834 - 202845.

Les prestations mentionnées à la rubrique e) ne peuvent pas être cumulées au cours de la même séance."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 26.1.2009" (en vigueur 1.5.2009)

"L'intervention de l'assurance pour les prestations thérapeutiques 202451 - 202462, 202473 - 202484, 202495 - 202506, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202650 - 202661, 202672 - 202683 et 202753 - 202764 n'intervient que si le patient a subi au moins une fois un blocage diagnostique sélectif figurant sous les numéros de prestations respectifs 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646 et 202731 - 202742, maximum trois mois avant la première des prestations thérapeutiques mentionnées ci-dessus ou avant la première des prestations thérapeutiques, après une interruption de plus de douze mois."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

"b) Les prestations mentionnées dans la rubrique e) d'une valeur égale ou supérieure à K 90 ne sont cumulables avec les prestations de la rubrique a) que si elles sont effectuées par un autre médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.

c) Le médecin spécialiste qui porte en compte des prestations mentionnées dans la rubrique e) doit tenir, outre un dossier médical documenté, un registre annuel faisant mention des caractéristiques du patient et de l'indication médicale par prestation, à des fins de peer-review et dans le but de rendre possible la réalisation d'une évaluation efficace du traitement de la douleur chronique.

d) Les honoraires pour les prestations d'anesthésie 202355 - 202366, 202370 - 202381, 202392 - 202403, 202436 - 202440, 202451 - 202462, 202495 - 202506, 202473 - 202484, 202510 - 202521, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202576 - 202580, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202635 - 202646, 202650 - 202661, 202672 - 202683, 202716 - 202720, 202731 - 202742, 202753 - 202764, 202775 - 202786 et 202790 - 202801 mentionnés dans la rubrique e) sont cumulables au cours de la même séance avec les honoraires d'imagerie médicale effectuée pour contrôle prévus sous les numéros de code 469114 - 469125.

e) Les honoraires pour les prestations mentionnées dans la rubrique e) ne peuvent être remboursés que si ces prestations sont effectuées dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007) + "A.R. 20.7.2007" (en vigueur 1.7.2007)

§ 5. Les prestations 202414 - 202425, 202694 - 202705, 202790 - 202801 et 202812 - 202823 sont aussi honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé comme médecin spécialiste en chirurgie générale, en neurochirurgie, en neurologie, en chirurgie orthopédique, en rhumatologie ou en médecine physique et en réadaptation."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.7.2007)

§ 6. Les prestations 202355 - 202366, 202370 - 202381, 202392 - 202403, 202436 - 202440, 202451 - 202462, 202495 - 202506, 202473 - 202484, 202510 - 202521, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202576 - 202580, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202635 - 202646, 202650 - 202661, 202672 - 202683, 202716 - 202720, 202731 - 202742, 202753 - 202764, 202775 - 202786 et 202834 - 202845 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en neurochirurgie."