

Consultations et visites des médecins

Numéros de code	Prestations	Honoraires	Remboursements			
			Sans DMG (1)		Avec DMG (1)	
			AO (2)	BIM (3)	AO (2)	BIM (3)
Médecin généraliste : avis et consultations						
109012	avis	3,72	2,79	3,35	2,79	3,35
101010	consultation au cabinet du médecin généraliste avec droits acquis	15,10	9,10	13,60	11,10	14,10
101032	consultation au cabinet du médecin généraliste	20,92	14,92	19,42	16,92	19,92
101076	consultation au cabinet du médecin généraliste accrédité	24,48	18,48	22,98	20,48	23,48
102771	honoraires complémentaires pour la gestion du dossier médical global (1 x par an)	29,98			29,98	29,98
102395	honoraires complémentaires pour le suivi de la check-list du module de prévention	10,80			10,80	10,80
102852	utilisation d'un passeport diabète par le généraliste agréé (1 x par an)	19,54			19,54	19,54
101091	supplément de garde porté en compte pour les consultations tenues de 19 à 21h dans le cadre d'un service de garde organisé	4,06	4,06	4,06	4,06	4,06
101113	supplément de permanence porté en compte pour les consultations effectuées entre 18 et 21h, réservé aux médecins inscrits auprès d'un service de garde organisé	4,06	0,00	0,00	4,06	4,06
supplément pour consultation d'urgence au cabinet d'un médecin généraliste						
102410	au cours du week-end ou d'un jour férié, entre 8h et 21h.	12,24	12,24	12,24	12,24	12,24
102432	de nuit, entre 21h et 8h.	24,49	24,49	24,49	24,49	24,49
supplément pour consultation d'urgence au cabinet d'un médecin généraliste avec droits acquis						
102454	au cours du week-end ou d'un jour férié, entre 8h et 21h.	10,67	10,67	10,67	10,67	10,67
102476	de nuit, entre 21h et 8h.	20,26	20,26	20,26	20,26	20,26

Vous trouverez dans ces pages les montants des honoraires et remboursements de l'assurance soins de santé pour les principales prestations des médecins, dentistes, logopèdes, kinésithérapeutes, infirmiers et sages-femmes.

Les tarifs sont fixés par conventions entre les catégories de prestataires et les mutualités. Ce système garantit une sécurité tarifaire puisque les prestataires conventionnés - ou partiellement conventionnés certains jours à certaines heures - s'engagent à respecter les tarifs officiels.

> Pour savoir si un prestataire de soins est conventionné ou pour connaître le nom d'un prestataire conventionné, consultez notre outil de recherche sur www.mc.be (rubrique self-service).

> Pour savoir à quoi correspond le code mentionné sur votre attestation de soins et quel sera le montant remboursé, consultez notre application sur www.mc.be (rubrique self service). Adressez-vous aussi à votre conseiller mutualiste ou appelez gratuitement le 0800 10 9 8 7.

Numéros de code	Prestations	Honoraires	Remboursements					
			Moins de 10 ans		De 10 à 75 ans		>75 ou mal. chron.	
			AO (2)	BIM (3)	AO (2)	BIM (3)	AO (2)	BIM (3)
Médecin généraliste : visites								
visite par un médecin généraliste avec droits acquis								
103110	pour un patient	30,02	22,02	28,02	18,52	27,12	19,52	27,12
	idem - avec DMG	30,02	22,02	28,02	19,52	27,12	22,67	27,99
103213	à l'occasion du même déplacement pour 2 patients (par patient)	21,23	13,80	19,23	12,80	18,90	13,80	18,90
	idem - avec DMG	21,23	13,80	19,23	13,80	18,90	16,03	19,66
103235	à l'occasion du même déplacement pour plus de 2 patients (par patient)	20,23	13,15	18,33	12,15	20,23	15,28	20,23
	idem - avec DMG	20,23	13,15	18,33	13,15	20,23	15,28	20,23
104510	visite effectuée entre 18h et 21h	34,23	23,82	31,55	22,28	29,64	23,28	29,64
	idem - avec DMG	34,23	23,82	31,55	23,28	29,64	23,28	29,64
104532	visite effectuée entre 21h et 8h du matin	52,58	38,37	48,81	34,15	46,22	35,15	46,22
	idem - avec DMG	52,58	38,37	48,81	35,15	46,22	35,15	46,22
104554	visite effectuée le week-end ou un jour férié entre 8h et 21h	36,78	25,92	33,97	23,92	31,85	24,92	31,85
	idem - avec DMG	36,78	25,92	33,97	24,92	31,85	24,92	31,85
supplément pour les visites 103213 et 103235 (même déplacement, plusieurs patients)								
104591	visite effectuée le week-end ou un jour férié (entre 8h et 21h)	10,67	7,81	9,86	7,81	9,86	7,81	9,86
104613	visite effectuée la nuit (entre 21h et 8h)	20,26	14,05	18,49	14,05	18,49	14,05	18,49
104635	visite effectuée le soir (entre 18h et 21h)	9,48	7,00	8,73	7,00	8,73	7,00	8,73
visite par un médecin généraliste								
103132	pour un patient	36,76	28,76	34,76	22,90	33,89	23,90	33,89
	idem - avec DMG	36,76	28,76	34,76	23,90	33,89	27,76	34,76
103412	à l'occasion du même déplacement pour 2 patients (par patient)	29,40	21,40	27,57	18,11	27,14	19,11	27,14
	idem - avec DMG	29,40	21,40	27,57	19,11	27,14	22,20	27,57
103434	à l'occasion du même déplacement pour plus de 2 patients (par patient)	27,57	19,57	25,60	16,93	25,66	17,93	25,66
	idem - avec DMG	27,57	19,57	25,60	17,93	25,66	20,83	26,24
104215	visite effectuée entre 18h et 21h	48,88	37,70	46,33	32,03	44,40	33,03	44,40
	idem - avec DMG	48,88	37,70	46,33	32,03	44,40	33,03	44,40
104230	visite effectuée entre 21h et 8h du matin	84,55	60,95	80,91	55,16	77,87	56,16	77,87
	idem - avec DMG	84,55	60,95	80,91	56,16	77,87	56,16	77,87
104252	visite effectuée le week-end ou un jour férié entre 8h et 21h	55,14	42,00	52,35	36,17	50,38	37,17	50,38
	idem - avec DMG	55,14	42,00	52,35	37,17	50,38	37,17	50,38
supplément pour les visites 103412 et 103434 (même déplacement, plusieurs patients)								
104296	visite effectuée le week-end ou un jour férié (entre 8h et 21h)	18,38	13,24	17,59	13,24	17,59	13,24	17,59
104311	visite effectuée la nuit (entre 21h et 8h)	47,78	32,18	46,14	32,18	46,14	32,18	46,14
104333	visite effectuée le soir (entre 18h et 21h)	12,13	8,95	11,58	8,95	11,58	8,95	11,58

Les médecins généralistes

Il existe trois catégories de médecins généralistes :

1. Les médecins généralistes avec droits acquis ne sont pas détenteurs d'un certificat de formation complémentaire mais exerçaient la médecine générale au 31 décembre 1994.
2. Les médecins généralistes sont détenteurs d'un certificat de formation complémentaire.
3. Les médecins généralistes remplissent par ailleurs une série de conditions leur permettant d'être accrédités.

> En confiant la gestion de votre dossier médical global (DMG) à votre médecin de famille, vous bénéficiez d'une réduction de 30% sur votre quote-part personnelle pour vos consultations chez le généraliste. Si vous êtes malade chronique ou avez 75 ans ou plus, cette réduction s'applique aussi lors des visites à domicile.

> Grâce au DMG, si vous êtes envoyé par votre médecin de famille chez certains médecin spécialiste, vous bénéficiez d'une réduction de 5 euros (2 euros si vous êtes bénéficiaire de l'intervention majorée) sur votre quote-part lors de la 1^{ère} consultation annuelle dans cette spécialité.

> Par ailleurs, certaines personnes et certains patients souffrant de diabète de type 2 ou d'une insuffisance rénale peuvent s'inscrire dans le dispositif des "trajets de soins" et bénéficier ainsi d'avantages financiers supplémentaires. L'objectif est un meilleur suivi des soins et une coordination efficace entre soignants.

Numéros de code	Prestations	Honoraires	Remboursements	
			AO (2)	BIM (3)
Médecin spécialiste non accrédité				
102815	consultation d'un spécialiste en anesthésie-réanimation	20,58	12,35	17,77
102093	consultation d'un spécialiste en cardiologie	31,43	18,86	28,77
102734	consultation d'un spécialiste en dermatovénérologie	28,66	17,20	25,56
102255	consultation d'un spécialiste en endocrino-diabétologie	55,86	40,36	52,53
102115	consultation d'un spécialiste en gastro-entérologie	31,43	18,86	28,77
102896	consultation d'un spécialiste en gériatrie	35,49	22,92	32,83
102314	consultation d'un spécialiste en hématologie clinique	55,86	40,36	52,53
102034	consultation d'un spécialiste en médecine interne	36,84	24,27	34,18
102174	consultation d'un spécialiste en neurologie ou neuropédiatrie	50,29	34,79	47,18
102211	consultation d'un spécialiste en neuropsychiatrie	43,10	27,60	40,18
102270	consultation d'un spécialiste en oncologie médicale	55,86	40,36	53,00
102071	consultation d'un spécialiste en pédiatrie	33,81	20,29	30,95
102130	consultation d'un spécialiste en pneumologie	33,00	19,80	30,34
102196	consultation d'un spécialiste en psychiatrie	43,10	27,60	40,17
102152	consultation d'un spécialiste en rhumatologie	51,07	35,57	47,47
102012	consultation d'un autre médecin spécialiste (gynécologue, ophtalmologue, orthopédiste...)	20,58	12,35	17,77
Médecin spécialiste accrédité				
102830	consultation d'un spécialiste en anesthésie-réanimation	24,02	15,79	21,21
102594	consultation d'un spécialiste en cardiologie	36,74	24,17	34,08
102756	consultation d'un spécialiste en dermatovénérologie	31,42	19,96	28,32
102874	consultation d'un spécialiste en endocrino-diabétologie	56,85	41,35	53,99
102616	consultation d'un spécialiste en gastro-entérologie	36,74	24,17	34,08
102911	consultation d'un spécialiste en gériatrie	38,53	25,96	35,87
102336	consultation d'un spécialiste en hématologie clinique	56,85	41,35	53,99
102550	consultation d'un spécialiste en médecine interne	40,05	27,48	37,39
102675	consultation d'un spécialiste en neurologie ou neuropédiatrie	53,76	38,26	50,65

Numéros de code	Prestations	Honoraires	Remboursements	
			AO (2)	BIM (3)
Médecin spécialiste accrédité (suite)				
102712	consultation d'un spécialiste en neuropsychiatrie	46,15	30,65	43,23
102292	consultation d'un spécialiste en oncologie médicale	56,85	41,35	53,99
102572	consultation d'un spécialiste en pédiatrie	36,75	23,23	33,89
102631	consultation d'un spécialiste en pneumologie	38,53	25,33	35,87
102690	consultation d'un spécialiste en psychiatrie	46,15	30,65	43,23
102653	consultation d'un spécialiste en rhumatologie	55,10	39,60	51,50
102535	consultation d'un autre médecin spécialiste (gynécologue, ophtalmologue, orthopédiste...)	24,48	16,25	21,67
Supplément pour consultation d'urgence au cabinet d'un spécialiste				
102491	au cours du week-end ou d'un jour férié (entre 8h et 21h)	8,58	5,15	7,73
102513	pendant la nuit (entre 21h et 8h)	18,60	11,16	16,74
Psychothérapie				
Séance psychothérapeutique au cabinet du psychiatre				
109513	une personne, 45 minutes minimum	70,71	53,04	63,64
109535	deux personnes, par personne, 60 minutes minimum (membres d'une même famille)	47,73	35,80	42,96
109550	à partir de la 3 ^{ème} personne, par personne, 60 minutes minimum	25,15	18,87	22,64
109572	un groupe de 8 patients maximum, 90 minutes, par personne	25,15	18,87	22,64
Séance psychothérapeutique au cabinet du psychiatre accrédité				
109631	une personne, 45 minutes minimum	74,18	56,51	67,11
109653	deux personnes, par personne, 60 minutes (membres d'une même famille)	49,54	37,61	44,77

(1) DMG = dossier médical global
(2) AO = Assuré ordinaire.
(3) Bim : Bénéficiaire de l'intervention majorée.

Honoraires et remboursements au 1^{er} mai 2014

Prestations de dentisterie

Numéros de code		Prestations	Honoraires	Remboursements	
A (1)	B (2)			AO (3)	Bim (4)
Consultations à partir du 18^{ème} anniversaire					
301011	301022	Consultation au cabinet du dentiste	21,80	16,38	21,80
301055	301066	Supplément pour consultation d'urgence le WE, un jour férié ou au cours d'un service de garde organisé lors d'un pont (entre 8 et 21 h.)	9,33	7,00	9,33
301070	301081	Supplément pour consultation d'urgence de nuit (entre 21 et 8 h.)	20,22	15,17	20,22
301092	301103	Consultation au cabinet du dentiste, spécialiste en orthodontie	25,92	20,70	25,92
301114	301125	Consultation au cabinet du dentiste, spécialiste en parodontologie	25,92	20,70	25,92
301033	301044	Consultation au domicile du patient, à la demande d'un médecin	29,98	22,49	29,98
Traitements préventifs à partir du 18^{ème} anniversaire					
Examen buccal					
301593	301604	Examen buccal annuel jusqu'au 65 ^{ème} anniversaire	62,05	58,22	62,05
Nettoyage prophylactique, par trimestre, par quadrant chez des handicapés Numéros en ambulatoire : 301696 - 301711 - 301733 - 301755 - 301770					
			13,92	10,44	13,92
Détartrage, par année civile, par quadrant					
302153	302164	Quadrant supérieur droit	13,92	10,44	13,92
302175	302186	Quadrant supérieur gauche	13,92	10,44	13,92
302190	302201	Quadrant inférieur gauche	13,92	10,44	13,92
302212	302223	Quadrant inférieur droit	13,92	10,44	13,92
302234	302245	Plusieurs quadrants	13,92	10,44	13,92
Parodontologie à partir du 18^{ème} anniversaire					
301254	301265	Détermination de l'index parodontal une fois par année civile	23,67	17,76	23,67
Détartrage sous gingival, une fois toutes les trois années civiles, jusqu'au 55^{ème} anniversaire (5)					
301276	301280	Quadrant supérieur droit	41,76	31,32	41,76
301291	301302	Quadrant supérieur gauche	41,76	31,32	41,76
301313	301324	Quadrant inférieur gauche	41,76	31,32	41,76
301335	301346	Quadrant inférieur droit	41,76	31,32	41,76
301350	301361	Plusieurs quadrants	41,76	31,32	41,76
301372	301383	Examen buccal parodontal, une fois par année civile, jusqu'au 55 ^{ème} anniversaire	109,98	94,48	109,98
Soins conservateurs à partir du 18^{ème} anniversaire					
Traitement et obturation d'un canal d'une dent.					
304312	304323	Traitement et obturation d'un canal d'une dent	84,97	73,82	84,97
304533	304544	Traitement et obturation de deux canaux de la même dent	102,35	91,20	102,35
304555	304566	Traitement et obturation de trois canaux de la même dent	154,48	143,33	154,48
304570	304581	Traitement et obturation de quatre canaux ou plus de la même dent	204,69	193,54	204,69
Obturation(s) de cavité(s) d'une dent/restauration de dent définitive.					
304371	304382	Obturation(s) sur 1 face	29,82	22,37	29,82
304393	304404	Obturation(s) sur 2 faces	44,73	36,12	44,73
304415	304426	Obturation(s) sur 3 faces	59,65	51,04	59,65
304430	304441	Restauration partielle de dent définitive	74,56	64,53	74,56
304452	304463	Restauration complète de dent définitive	89,47	79,44	89,47
Honoraires complémentaires					
303590	303601	Honoraires complémentaires pour l'utilisation de techniques adhésives pour obturation de cavités et/ou restauration, par dent sur dents définitives	11,65	8,74	11,65
303612	303623	Honoraires complémentaires pour l'isolation de dent(s) au moyen d'une digue, par séance	11,65	8,74	11,65
303575	303586	Forfait pour traitement partiel d'urgence, dans un service de garde organisé	87,31	77,28	87,31
Extractions					
A partir du 18^{ème} anniversaire					
304754	304765	Ablation d'une racine d'une dent	33,78	25,34	33,78
304776	304780	Ablation de plusieurs racines de la même dent	45,04	33,78	45,04
A partir du 53^{ème} anniversaire					
304850	304861	Extraction d'une dent	36,30	27,23	36,30
304872	304883	Par dent supplémentaire, même quadrant, même séance	25,67	19,26	25,67
A partir du 18^{ème} anniversaire jusqu'au 53^{ème} anniversaire (6)					
304894	304905	Extraction d'une dent	36,30	27,23	36,30
304916	304920	Par dent supplémentaire dans le même quadrant et au cours de la même séance	25,67	19,26	25,67
Honoraires complémentaires pour suture de plaies après extraction(s) dentaire(s) ou ablation (section et extraction) de racine(s) (7)					
304931	304942	Une dent	17,19	12,90	17,19
304953	304964	Par dent supplémentaire, même quadrant, même séance	11,46	8,60	11,46

(1) A = Traitement en ambulatoire - (2) B = Traitement lors d'une hospitalisation - (3) AO = Assuré ordinaire - (4) Bim = Bénéficiaire de l'intervention majorée - (5) Sous certaines conditions. (6) Uniquement remboursable dans quelques situations d'exception - (7) Les prestations sont remboursées si elles sont cumulées à une extraction dentaire ou une section et extraction de racines, remboursables.

Prestations de logopédie

Voici les types de séances pratiquées en **logopédie**, les honoraires et les remboursements de l'Inami pour les logopèdes conventionnés. Pour des raisons pratiques, nous ne mentionnons pas toute la nomenclature ni les codes y afférents.

Pour obtenir le remboursement, le patient doit obtenir l'accord du médecin-conseil de sa mutualité et donc lui faire parvenir un formulaire de demande, la (les) prescription(s) du médecin, le bilan logopédique réalisé par un(e) logopède...

Les accords d'intervention de la mutualité peuvent être donnés pour 12 mois maximum pour un nombre de séances variable selon les pathologies. La durée totale du remboursement du traitement est de 24 mois.

Au-delà, il n'y a plus de remboursement pour la même pathologie (1). Il existe des exceptions à cette règle :
> Pour les personnes atteintes de troubles chroniques de la parole consécutifs à des maladies évolutives (sclérose en plaque, maladie de Parkinson, maladie de Hunting-

ton...) et en cas de surdité : pas de limitation dans le temps.

> Pour les personnes atteintes d'aphasie : remboursement porté à 4 ans maximum (480 séances).

> Pour les enfants porteurs d'une fente labio-palatine : entre 0 et 2 ans, accord unique de 30 séances, et entre 3 et 19 ans, 8 accords annuels de 75 séances.

> Pour les enfants dysphasiques : possibilité de prolonger au-delà des deux années pour autant que l'en-

Types de séances	Honoraires	Remboursements	
		AO	BIM
Examen initial avec rapport écrit	30,87	23,16	27,79
Examen d'évolution avec rapport écrit	44,11	33,09	39,70
Séance individuelle de 30 minutes	22,05	16,54	19,85
Séance individuelle de 60 minutes	44,11	33,09	39,70
Séance collective (par patient)	11,34	8,51	10,21

fant ne suive pas l'enseignement spécial et ce, jusqu'à l'âge de 17 ans révolus.

> Pour le traitement logopédique des troubles interceptifs dans le cadre d'un traitement orthodontique : limitation à 20 séances sur 12 mois. En principe, les séances durent 30 minutes. Des séances de 60 minutes

Vous trouverez ci-contre les prestations générales en dentisterie. L'orthodontie, la radiographie et les prothèses dentaires ne sont pas reprises dans ce tableau.

> Nous ne publions ici que les prestations de dentisterie pour les patients à partir du 18^{ème} anniversaire.

Pour les moins de 18 ans, à l'exception de l'orthodontie, toutes les prestations de dentisterie figurant dans la nomenclature sont **remboursées à 100%** des tarifs de la convention (honoraires consultables sur www.enmarche.be) (*). Pour eux, les soins dentaires sont donc totalement gratuits chez les dentistes qui appliquent les tarifs de la convention, donc toujours chez les dentistes conventionnés ou ceux qui le sont partiellement, pendant leurs heures de conventionnement.

> En ce qui concerne les adultes, les personnes bénéficiant de l'intervention majorée (Bim) ont droit à un **remboursement de 100% des honoraires conventionnés** pour les consultations, les soins préventifs, les soins conservateurs et les extractions remboursées.

> Les dentistes non conventionnés ne doivent pas suivre les tarifs de la convention et peuvent réclamer des suppléments qui resteront entièrement à la charge du patient.

> Pour être **remboursé d'un détartrage en 2014**, l'adulte doit avoir bénéficié d'un remboursement pour soins dentaires en 2013. Dans le cas contraire, le remboursement sera de moitié : 5,22 euros par quadrant pour l'assuré ordinaire et 6,96 euros pour le bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). L'assuré sera alors en règle pour l'année prochaine.

> Pour les plus de 18 ans, les radiographies sont remboursées à 75% pour l'assuré ordinaire et à 90% pour le BIM.

La radiographie panoramique est remboursée une fois toutes les deux années civiles. Une exception est prévue en cas de trauma oro-facial externe.

(*). Il s'agit des consultations, traitements préventifs, soins conservateurs, certaines extractions et obturations... A noter que pour les moins de 18 ans, deux examens buccaux sont remboursés par an, l'un pour le premier semestre, l'autre pour le second.

sont remboursées pour certaines pathologies (aphasie, bégaiement, dyslexie/dysorthographe/dyscalculie) à partir de l'âge de 10 ans.

(1) L'assurance complémentaire de la MC peut rembourser un traitement lorsque l'assurance obligatoire n'intervient pas (10 euros par semaine avec un maximum de 150 séances).

Honoraires et remboursements au 1^{er} janvier 2014

Prestations de kinésithérapie

Code ambulatoire	Code hôpital	Prestations	Honoraires	Remboursements tarif A				Remboursements tarif B			
				Conventionné		Non conventionné		Conventionné		Non conventionné	
				AO	BIM	AO	BIM	AO	BIM	AO	BIM
Prestations dispensées aux bénéficiaires atteints de pathologies courantes											
Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé											
560011		Séance normale (max 18/an)	22,26	16,37	19,87	12,28	19,87	17,90	20,59	13,43	20,59
560055		Séance normale (au-delà des 18/an)	libre (1)	7,40	9,39	5,55	9,39	8,52	9,95	6,09	9,95
560092		Examen à titre consultatif	22,26	15,20	19,29	11,40	19,29	17,50	20,45	13,13	20,45
Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire											
560313		Séance normale (max 18/an)	22,65	15,50	19,59	11,40	19,29	17,80	20,75	13,13	20,45
560350		Séance normale (au-delà des 18/an)	libre (1)	7,13	9,40	5,13	9,10	8,47	10,10	6,13	9,80
560394		Examen à titre consultatif	22,65	14,31	19,01	10,53	18,71	17,08	20,44	12,59	20,14
Prestations effectuées au domicile ou dans une résidence communautaires de personnes handicapées.											
560416		Séance normale (max 18/an)	13,23	8,30	10,80	6,23	10,80	10,18	12,05	7,64	12,05
560453		Séance normale (au-delà des 18/an)	libre (1)	3,96	5,28	2,97	5,28	4,95	5,94	3,72	5,94
Prestations effectuées au bénéficiaire hospitalisé											
560501		Séance normale	22,26	13,96	18,17	10,47	18,17	17,12	20,27	12,84	20,27
Prestations effectuées dans un centre de rééducation fonctionnelle conventionné											
560534	560545	Séance normale (max 18/an)	17,34	10,88	14,16	8,16	14,16	13,34	15,79	10,01	15,79
Prestations effectuées au domicile ou dans une résidence communautaires de personnes âgées											
560571		Séance normale (max 18/an)	13,23	8,30	10,80	6,23	10,80	10,18	12,05	7,64	12,05
560615		Séance normale (au-delà des 18/an)	libre (1)	3,96	5,28	2,97	5,28	4,95	5,94	3,72	5,94
Prestations dispensées au patient palliatif à domicile											
564211		Séance normale	22,65	22,56	22,56	16,70	22,26	22,56	22,56	16,70	22,26
Prestations dispensées aux bénéficiaires atteints de pathologies lourdes											
Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé											
560652		Séance normale	22,26					17,90	20,59	13,43	20,59
560733		Examen à titre consultatif	22,26					17,90	20,59	13,43	20,59
560755		Séance spécifique	38,65					31,08	35,74	23,31	35,74
639332		Lymphoedème, 60 minutes	38,65					31,08	35,74	23,31	35,74
639494		Lymphoedème, 120 minutes	71,58					57,56	66,19	43,13	66,19
562332		Séance 45 minutes	33,13					26,64	30,64	19,98	30,64
562413		Séance 60 minutes	38,65					31,08	35,74	23,31	35,74
Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire											
561013		Séance normale	22,65					18,20	20,59	13,43	20,59
561094		Examen à titre consultatif	22,65					18,20	20,59	13,43	20,59
561116		Séance spécifique	39,04					31,38	36,04	23,31	35,74
639391		Lymphoedème, 60 minutes	39,04					31,38	36,04	23,31	35,74
639553		Lymphoedème, 120 minutes	71,97					57,86	66,49	43,17	66,19
562391		Séance 45 minutes	33,52					26,94	30,64	19,98	30,64
562472		Séance 60 minutes	39,42					31,66	36,32	23,31	35,74
Prestations effectuées au domicile ou dans une résidence communautaire de personnes handicapées											
561131		Séance normale	13,23					10,64	12,24	7,98	12,24
561212		Séance spécifique	38,65					31,08	35,74	23,31	35,74
639413		Lymphoedème, 60 minutes	38,65					31,08	35,74	23,31	35,74
639575		Lymphoedème, 120 minutes	71,56					57,56	66,19	43,17	66,19
Prestations effectuées au bénéficiaire hospitalisé											
561245		Séance normale	22,26					17,90	20,59	13,43	20,59
561304		Séance spécifique	38,65					31,08	35,74	23,31	35,74
639446		Lymphoedème, 60 minutes	38,65					31,08	35,74	23,31	35,74
639601		Lymphoedème, 120 minutes	71,58					57,56	66,19	43,17	66,19
Prestations effectuées au domicile ou dans une résidence communautaire de personnes âgées											
561352		Séance normale	13,23					10,64	12,24	7,98	12,24
639472		Lymphoedème, 60 minutes	38,65					31,08	35,74	23,31	35,74
639634		Lymphoedème, 120 minutes	71,58					57,56	66,19	43,13	66,19
Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations fonctionnelles de la liste F (2)											
Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé											
563010	563614	Séance normale (max 60/an)	22,26	16,78	20,14	12,59	20,14	17,90	20,59	13,43	20,59
563054	563651	Séance normale (3)	libre (1)	8,17	9,80	6,13	9,80	8,71	10,02	6,54	10,02
	564270	Séance normale (61 ^{ème} à 80 ^e)(4)	22,26	13,36	17,81	10,02	17,81	16,70	20,04	12,53	20,04
	639656	Lymphoedème 45 minutes	33,13	24,98	29,97	18,74	30,64	26,64	30,64	19,98	30,64
Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire											
563312	563916	Séance normale (max 60/an)	22,65	17,08	20,44	12,59	20,14	18,20	20,89	13,43	20,59
563356	563953	Séance normale (3)	libre (1)	8,47	10,10	6,13	9,80	9,01	10,32	6,54	10,02
	564336	Séance normale (61 ^{ème} à 80 ^e)(4)	22,65	13,66	18,01	10,02	17,81	17,00	20,34	12,53	20,04
	639715	Lymphoedème 45 minutes	33,52	25,28	30,27	18,74	29,97	26,94	30,94	19,98	30,64
Prestations effectuées au domicile ou dans une résidence communautaire de personnes handicapées											
563415	564012	Séance normale (max 60/an)	13,23	9,98	11,97	7,49	11,97	10,64	12,24	7,98	12,24
563452	564056	Séance normale (3)	libre (1)	5,51	6,61	4,14	6,61	5,87	6,75	4,41	6,75
	564351	Séance normale (61 ^{ème} à 80 ^e)(4)	13,23	7,94	10,59	5,96	10,59	9,93	11,91	7,45	11,91
	639730	Lymphoedème 45 minutes	17,30	13,04	15,65	9,78	15,65	13,91	16,00	10,44	16,00
Prestations effectuées au domicile ou dans une résidence communautaire de personnes âgées											
563496	564093	Séance normale (max 60/an)	13,23	9,98	11,97	7,49	11,96	10,64	12,24	7,98	12,24
563533	564130	Séance normale (3)	libre (1)	5,51	6,61	4,14	6,61	5,87	6,75	4,41	6,75
	564373	Séance normale (61 ^{ème} à 80 ^e)(4)	13,23	7,94	10,59	5,96	10,59	9,93	11,91	7,45	11,91
	639752	Lymphoedème 45 minutes	17,30	13,04	15,65	9,78	15,65	13,91	16,00	10,44	16,00
Prestations effectuées dans le cadre de la kinésithérapie périnatale (max 9 par grossesse, hors hospitalisation)											
Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé											
561595		Séance normale	22,26	15,20	19,29	11,40	19,29	17,50	20,45	13,13	20,45
Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire											
561654		Séance normale	22,65	14,33	19,01	10,53	18,71	17,08	20,44	12,59	20,14
Prestations effectuées en hospitalisation de jour											
564255		Séance unique	12,76	7,66	10,21	5,75	10,21	9,57	11,49	7,18	11,49

Les remboursements en kinésithérapie

> Le tarif A est le tarif ordinaire, général. Le tarif B s'applique pendant les trois mois qui suivent une opération chirurgicale lourde ou un séjour en réanimation. Il s'applique également aux patients atteints de certaines affections graves (myopathie, sclérose en plaques, mucoviscidose, etc.), après accord du médecin-conseil.

> A une prestation identique correspond un remboursement plus ou moins élevé selon que le kinésithérapeute est conventionné ou pas.

> Le remboursement est plus élevé pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (Bim) que pour les assurés ordinaires (AO).

Les types de prestations

> La séance normale de traitement est d'une durée globale moyenne de 30 minutes (20 minutes en résidence communautaire). La grande majorité des prestations sont de ce type.

> La séance spécifique, de minimum 60 minutes, concerne uniquement les jeunes patients atteints d'une infirmité motrice cérébrale.

Le nombre de séances

Le médecin peut prescrire le nombre de séances qu'il estime nécessaire pour un bon traitement. Mais un nombre maximum est fixé par an pour les séances normales. Ce nombre varie d'après la pathologie (voir tableau). Au-delà, le remboursement est moindre.

Remarques

Pour ne pas alourdir le tableau, plusieurs numéros de codes de la nomenclature n'ont pas été repris. Il s'agit notamment des prestations effectuées au cabinet du kiné, situé dans un hôpital ou dans un service médicalisé. Les honoraires et remboursements sont identiques que dans un cabinet situé hors hôpital.

Nous n'avons pas repris non plus "l'examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit" (réalisé dans les cas de pathologies lourdes et les situations de la liste F) dont l'honoraire est remboursé intégralement sauf pour l'assuré ordinaire qui a consulté un prestataire non conventionné.

Enfin, un remboursement des séances de drainage lymphatique (60 et 120 minutes) est accordé aux personnes atteintes de pathologies lourdes et aux personnes se trouvant dans une des situations fonctionnelles de la liste F. Cette liste est consultable sur le site www.inami.fgov.be (dispensateurs de soins)

(1) L'honoraire est libre mais ne peut être supérieur à celui fixé pour la séance individuelle de type 1 correspondante. (2) Les codes mentionnés dans cette catégorie de prestations (liste F) renvoient dans la 1^{ère} colonne, aux situations aiguës et dans la 2^{ème} colonne, aux situations chroniques. (3) Au-delà des 60 séances par an. (4) Les patients chroniques peuvent bénéficier de max. 20 séances supplémentaires, si le max. de 60 séances a été épuisé.

Honoraires et remboursements au 1^{er} janvier 2014

Soins infirmiers

Pour des raisons pratiques, ne sont pas mentionnées dans ce tableau les prestations de soins infirmiers effectuées au cabinet de l'infirmier ou à la résidence communautaire de personnes handicapées, dans une maison de convalescence ou dans un centre de jour pour personnes âgées. Les honoraires et rem-

boursements mentionnés sont applicables pour les prestataires qui ont signé la convention en soins infirmiers. Les prestataires non conventionnés sont libres de fixer leurs honoraires. Pour leurs prestations, le remboursement est moins élevé. Les honoraires forfaitaires par journée de soins pour des pa-

tients lourdement dépendants et des patients palliatifs ainsi que les remboursements y correspondant varient selon les forfaits. Ceux-ci sont déterminés selon le niveau de dépendance du patient pour les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger, aller à la toilette, se déplacer...).

Prestations effectuées au domicile ou à la résidence du bénéficiaire

	Prestations effectuées en semaine			Prestations effectuées durant le week-end ou un jour férié				
	Honoraires	Remboursements		Numéros de code	Honoraires	Remboursements		
		AO (1)	Bim (1)			AO (1)	Bim (1)	
Séances de soins infirmiers								
Prestations de base								
425014	Première prestation de base de la journée de soins	3,93	2,93	3,68	425412	5,40	4,05	5,15
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	3,93	2,93	3,68	425434	5,40	4,05	5,15
425051	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	3,93	2,93	3,68	425456	5,40	4,05	5,15
Prestations techniques de soins infirmiers								
425110	Soins d'hygiène (toilettes)	5,22	3,92	5,22	425515	7,85	5,89	7,85
423054	Administration des médicaments par voie intraveineuse	2,38	1,79	2,38	423253	3,59	2,70	3,59
423076	Administration des médicaments par voie intramusculaire, hypodermique	2,17	1,63	2,17	423275	3,27	2,46	3,27
423091	Administration de médicaments en plusieurs sites d'injection	2,27	1,71	2,27	423290	3,43	2,58	3,43
424255	Surveillance de plaie avec pansement bioactif	2,17	1,63	2,17	424410	3,27	2,46	3,27
424270	Application de pommades ou d'un produit médicamenteux	2,17	1,63	2,17	424432	3,27	2,46	3,27
424292	Application de collyre et/ou de pommade ophtalmique en phase postopératoire	2,17	1,63	2,17	424454	3,27	2,46	3,27
424314	Thérapie de compression : application de bandage(s), pansement(s) de compression, application et/ou enlèvement de bas	2,17	1,63	2,17	424476	3,27	2,46	3,27
424336	Soins de plaie(s) simples	6,53	4,90	6,53	424491	9,79	7,35	9,79
424351	Soins de plaie(s) complexes	7,87	5,91	7,87	424513	11,46	8,60	11,46
424373	Soins de plaie(s) spécifiques	12,98	9,74	12,98	424535	19,46	14,60	19,46
424395	Visite d'une infirmière relais pour des soins de plaie(s) spécifiques	12,53	9,40	12,53	—	—	—	—
425176	sondage vésical, instillation vésicale, lavage de vessie	3,60	2,70	3,60	425574	5,40	4,05	5,40
425191	soins aseptiques de vulve, irrigation vaginale, aspiration des voies respiratoires	3,27	2,46	3,27	425596	4,90	3,68	4,90
425213	lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale, tubage et drainage gastro-intestinal, lavage intestinal, nutrition entérale	3,27	2,46	3,27	425611	4,90	3,68	4,90
424874	Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale	10,58	7,94	10,58	—	—	—	—
425390	Plafond journalier	17,11	12,84	16,86	425795	25,55	19,17	25,30
Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants								
425272	forfait A	17,11	12,84	16,86	425670	25,55	19,17	25,30
425294	forfait B	32,98	29,69	32,73	425692	48,97	44,08	48,72
425316	forfait C	45,12	40,61	44,87	425714	67,19	60,48	66,94
Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers								
425375	Honoraire forfaitaire par journée de soins comprenant un ou plusieurs actes dont la mise en place des perfusions, administration de l'alimentation parentérale...	39,97	29,98	39,97	425773	59,96	44,97	59,96
423113	Mise en place d'un cathéter à demeure	39,97	29,98	39,97	423312	39,97	29,98	39,97
421072	Retrait d'un cathéter à demeure	37,29	27,97	37,29	421094	37,29	27,97	37,29
427416	Remplacement d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet	10,30	7,73	10,30	427431	15,45	11,59	15,45
427475	Remplacement d'une sonde de gastrostomie à ballonnet	10,30	7,73	10,30	427490	15,45	11,59	15,45
427534	Suivi lors de l'utilisation d'une pompe pour administrer une analgésie chronique	13,18	13,18	13,18	427556	20,15	15,12	20,15
Honoraires forfaitaires par journée de soins pour les patients palliatifs								
427011	forfait PC	64,53	64,53	64,53	427092	96,25	96,25	96,25
427033	forfait PB	52,58	52,82	52,28	427114	78,27	78,27	78,27
427055	forfait PA	48,71	48,71	48,71	427136	72,72	72,72	72,72
427173	forfait PP	48,71	48,71	48,71	427195	72,72	72,72	72,72
427070	forfait PN (honoraires supplémentaires)	31,60	31,60	31,60	427151	47,54	47,54	47,54
Honoraires forfaitaires pour les prestations dispensées aux patients diabétiques								
423135	Constitution du dossier infirmier spécifique au patient diabétique	31,33	31,33	31,33	—	—	—	—
423150	Education individuelle aux soins autonomes du diabétique	93,97	93,97	93,97	—	—	—	—
423172	Présence d'un infirmier référent lors de l'éducation individuelle	37,59	37,59	37,59	—	—	—	—
423194	Education individuelle avec explications sur la pathologie	31,33	31,33	31,33	—	—	—	—
423216	Forfait pour le suivi du patient après l'éducation aux soins autonomes	12,53	12,53	12,53	—	—	—	—
423231	Suivi d'un patient qui ne passe pas aux soins autonomes	0,31	0,31	0,31	423334	0,31	0,31	0,31
Consultation infirmière								
429015	Consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile	24,86	24,86	24,86	—	—	—	—
424896	Avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments (voie orale)	23,28	23,28	23,28	—	—	—	—

(1) AO = Assuré ordinaire. Bim = Bénéficiaire de l'intervention majorée

Prestations des sages-femmes

Numéros de code	Prestations	Honoraires	Remboursements
		semaine (1)	AO - Bim
Soins Prénatals			
422030	Première séance individuelle d'obstétrique (minimum 60 minutes)	36,22	36,22
422052	Séance individuelle d'obstétrique (séances suivantes) (minimum 30 min.)	25,87	25,87
422096	Préparation individuelle à l'accouchement	17,25	17,25
422111	Préparation collective de 2 à 5 femmes enceintes (par femme enceinte)	13,80	13,80
Accouchements			
422575	Assistance pendant la phase de travail en cas d'accouchement à domicile	198,36	198,36
422634	Assistance pendant la phase de travail en hospitalisation de jour	198,36	198,36
422225	Accouchement à l'hôpital par une sage-femme du service	198,36	198,36
422656	Accouchement effectué par une sage-femme à domicile	241,48	241,48
422671	Accouchement effectué par une sage-femme en hospitalisation de jour	241,48	241,48
Soins Postnatals (jusqu'à 1 an après l'accouchement)			
422796	Le jour de l'accouchement (possible 2 X)	36,22	36,22
422774	Pendant les 3 jours suivants (1 X /jour)	60,37	60,37
422811	1 ^{ère} consultation d'allaitement maternel	38,81	38,81
422855	Consultation de suivi autour de l'allaitement maternel	32,77	32,77

(1) Des honoraires plus élevés (50%) sont appliqués le WE et les jours fériés.

La sage-femme est compétente pour surveiller, soigner et conseiller la femme pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance de son enfant jusqu'à son premier anniversaire. La majorité des sages-femmes travaillent en milieu hospitalier mais de nombreuses exercent comme indépendantes pour déployer leur art de manière globale, y compris à domicile.

La sage-femme donne des cours de préparation à la naissance, effectue les contrôles médicaux et peut prescrire certains médicaments. Elle accompagne la future maman tout au long de la phase de travail. Elle peut procéder à l'accouchement normal, sous sa propre responsabilité, que ce soit en maternité, en maison de naissance ou à la maison.

Après l'accouchement, elle prend soin de la maman et de son bébé, la conseille en matière d'allaitement maternel, propose des cours de gymnastique postnatale et réalise la rééducation du périnée.

Si la sage-femme est conventionnée, le remboursement de ses prestations est de 100% (en cas de non-conventionnement, il est de 75%). Pour les préparations à l'accouchement, les honoraires sont libres afin de tenir compte des approches proposées (haptonomie, chant prénatal, yoga, sophrologie...).

Chaque patiente a droit à un quota de prestations remboursées selon les prestations (par exemple 12 consultations prénatales).

Nous publions ci-contre les principales prestations réalisées par les sages-femmes.

» Plus d'infos et nomenclature complète sur www.sage-femme.be Tél.: 0497/25.80.22.