

K.B. 3.2.2019 B.S. 10.7.2019
In werking 1.9.2019

- [Wijzigen](#)
- [Invoegen](#)
- [Verwijderen](#)

Artikel 7 – KINESITHERAPIE

"§ 2. Voor de in de vorige paragraaf omschreven verstrekkingen wordt een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging alleen verleend als ze door een ~~geneesheer~~[arts](#) of een tandheelkundige in geval van temporomandibulaire dysfuncties zijn voorgeschreven. De verstrekking «schriftelijk verslag» moet niet uitdrukkelijk vermeld zijn op het voorschrift

...

"§ 3. Het medisch voorschrift.

...

Het concept en de frequentie van de behandeling evenals de eventuele noodzaak om deze geheel of gedeeltelijk thuis bij de rechthebbende uit te voeren worden vastgesteld op initiatief en onder de verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut, behalve als de voorschrijver deze of een van deze vermeldt. Als de kinesitherapeut het niet eens is met het concept of de frequentie van de behandeling of de eventuele noodzaak om deze geheel of gedeeltelijk thuis bij de rechthebbende uit te voeren neemt hij, met het oog op eventuele wijzigingen, contact op met de voorschrijver. Die wijzigingen alsmede het akkoord van de voorschrijvend ~~geneesheer~~[arts](#) moeten in het dossier van de rechthebbende worden vermeld.

...

"§ 3bis

...

"1° Toepassingsregels voor de verstrekking "schriftelijk verslag".

De verstrekkingen 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 en 564152 mogen slechts eenmaal per kalenderjaar worden geattesteerd.

De verstrekkingen 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616, 563555 mogen slechts eenmaal per pathologische situatie worden geattesteerd.

Een van de verstrekkingen 564771, 564815, 564852, 564896, 564933 of 564970 mag slechts eenmaal per patiënt worden geattesteerd.

Zij moet niet worden voorgeschreven.

Zij mag vanaf de eerste zitting worden geattesteerd en is cumuleerbaar met een individuele kinesitherapiezitting.

"Het schriftelijk verslag moet aan de voorschrijvend ~~geneesheer~~[arts](#) worden bezorgd:

- aan het einde van de behandeling van een van de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A, § 14quater en § 14quinquies;
- minstens eenmaal per kalenderjaar in het geval van een behandeling van een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B en in § 11. "

Het schriftelijk verslag dient te omvatten:

- de vermelding van de behandelde aandoening verwijzend naar het geneeskundig voorschrift;
- de synthese van het kinesitherapeutisch onderzoek opgemaakt bij het begin van de behandeling;
- de beknopte samenvatting van de uitgevoerde behandeling en de evolutie van de patiënt;

- als het geval zich voordoet, een beknopte verwijzing naar de aan de patiënt verstrekte raadgevingen voor secundaire preventie en het aanbevolen thuisprogramma.

Een kopie van het schriftelijk verslag moet in het dossier worden bewaard."

...

"2° Het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt.

Het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt wordt uitgevoerd op voorschrift van de behandelend ~~geneesheer-arts~~ vooraleer een eventuele behandeling wordt voorgeschreven. Deze verstrekking omvat de mededeling aan de behandelend ~~geneesheer-arts~~, in een schriftelijk verslag, van de bevindingen van de kinesitherapeut en van een voorstel van een eventuele behandeling."

"Het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt mag slechts 1 keer per pathologische situatie worden aangerekend."

...

"§ 5. Het opmaken van een schriftelijk verslag maakt integrerend deel uit van de verstrekkingen van de nomenclatuur.

Voor het opmaken van een schriftelijk verslag dat niet mag worden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering mag de kinesitherapeut geen honorarium vragen.

Onverminderd de bepalingen omschreven in § 3bis moet de kinesitherapeut de voorschrijvende ~~geneesheer-arts~~ een schriftelijk verslag opsturen indien deze het vraagt aan de hand van een voorschrift."

...

"§ 6. De in § 4 bedoelde technieken verantwoorden een verzekeringstegemoetkoming binnen de volgende perken.

...

~~1° als mobilisatie of fysische therapieën, zijn met name uitgesloten: oog- of orthoptische gymnastiek, magnotherapie, sonotherapie (die moet worden onderscheiden van de ultrasone therapie, die hier niet bedoeld is), plantaire reflexologie, auriculotherapie, hippotherapie, alleen uitgevoerde applicaties van warmte en/of koude, acupunctuurverstrekkingen, vertebrale tracties op een mechanische tafel of een tafel met elektromotor of door suspensie;~~

1° als mobilisatie of fysische therapieën, alleen uitgevoerd of samen met een andere techniek, zijn met name uitgesloten : oog- of orthoptische gymnastiek, magnotherapie, sonotherapie (die moet worden onderscheiden van de ultrasone therapie, die hier niet bedoeld is), plantaire reflexologie, auriculotherapie, hippotherapie, invasieve technieken (bijvoorbeeld : dry-needling, acupunctuur, ...), vertebrale tracties op een mechanische tafel of een tafel met elektromotor of door suspensie;

2° mogen niet worden vergoed, de verstrekkingen van louter esthetische aard of inzake persoonlijke hygiëne (inzonderheid onderhoudsgymnastiek, fitness, sauna en zonnebank), de verstrekkingen betreffende de voorbereiding en begeleiding in het kader van de uitoefening van elke sportieve activiteit;

3° massage (behoudens in de omstandigheden omschreven in het volgende lid), fysische technieken in het kader van elektrotherapie, ultrasone therapie, lasertherapie en diverse andere technieken voor warmte en/of koude applicatie, mogen uitsluitend worden vergoed als ze aanvullend en dus niet exclusief worden toegepast.

~~4° Massage (behoudens in de omstandigheden omschreven in het volgende lid), fysische technieken in het kader van elektrotherapie, ultrasone therapie, lasertherapie en diverse andere technieken voor warmteapplicatie, mogen uitsluitend worden vergoed als ze aanvullend en dus niet exclusief worden toegepast.~~

Deze restricties gelden niet voor massage toegepast bij het behandelen van patiënten met verworven of congenitaal lymfoedeem of van patiënten wier gezondheidstoestand geen actieve deelname toelaat.

...

"§ 9 Het individueel kinesitherapiedossier voor elke patiënt moet ten minste de volgende elementen bevatten :

- a) de administratieve gegevens, nodig voor de identificatie van de patiënt en de voorschrijvend **geneesheer-arts**;
- b) de medische inlichtingen die noodzakelijk zijn voor de behandeling;
- c) de synthese van de bevindingen van het kinesitherapeutisch onderzoek evenals het behandelingsplan en zijn wijzigingen;
- d) de behandelingsdata alsook de codes omschreven in de nomenclatuur voor elke geattesteerde zitting;
- e) de gegevens en documenten zoals omschreven in de nomenclatuur die noodzakelijk zijn voor de attestering van de verzorging."
- "f) de perimetrie, de volumetrie of de kopie van het lymfoscintigrafisch protocol of het voorschrift van de klinische noodzakelijkheid om de behandeling te verlengen voor de patiënten bedoeld in § 14, 5°, B., f) en in § 11, vijfde lid"

...

"§ 10. Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 1°.

"De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan een patiënt die zich niet bevindt in een van de situaties bedoeld in de §§ 11, 12, 13, 14bis of 14ter, of tot behandeling van een aandoening die niet omschreven is in § 14, 5°, § 14quater of § 14quinquies van dit artikel, aanrekenen aan de hand van de in § 1, 1° bedoelde verstrekkingen."

"Onverminderd de bepalingen van het volgende lid, mogen de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 564395, 560534, 560571 per rechthebbende slechts 18 maal per jaar worden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepalingen begint een jaar op 1 januari en eindigt het op 31 december."

"Indien de rechthebbende aangetast wordt in de loop van het kalenderjaar door een nieuwe pathologische situatie, waarvoor de behandeling moet geattesteerd worden middels de verstrekkingen van § 1, 1°, kan de kinesitherapeut hiervoor aan de adviserend **geneesheer-arts** een aanvraag sturen. Deze laatste kan toestemming verlenen om, na het verstrijken van de 18 eerste zittingen van het kalenderjaar, over de resterende periode van het kalenderjaar, 18 bijkomende verstrekkingen per nieuwe pathologische situatie te attesteren. Deze bijkomende toestemming mag maximaal twee maal per kalenderjaar worden verleend. De toestemming van de adviserend **geneesheer-arts** voor 18 bijkomende verstrekkingen verbiedt het attesteren van het eventueel saldo van de 18 vorige verstrekkingen niet."

"Die aanvraag moet vergezeld gaan:

- hetzij van een verslag van de behandelend **geneesheer-arts** waarin de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden worden omschreven;
- hetzij van een verslag van de kinesitherapeut die een overzicht geeft van de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden vermeldt; dit verslag is opgesteld aan de hand van de voorschriften voor de behandelingen van die pathologische situaties; kopies van die voorschriften worden aan het verslag gevoegd.

De aanvraag moet worden ingediend met een aan de adviserend **geneesheer arts** persoonlijk geadresseerde brief.

Er mogen geen bijkomende verstrekkingen worden aangerekend alvorens de adviserend **geneesheer arts** daarvoor zijn toestemming heeft verleend. De adviserend **geneesheer arts** wordt geacht zijn toestemming te hebben verleend als hij binnen 14 dagen na de verzending van de aanvraag zijn weigering niet heeft betekend of geen bijkomende inlichtingen heeft gevraagd; het poststempel geldt als bewijs. Als de adviserend **geneesheer arts** bijkomende inlichtingen vraagt aan de behandelend **geneesheer arts** stuurt hij een kopie van die vraag naar de kinesitherapeut. De kennisgeving van de weigering wordt met een aangetekende brief aan de rechthebbende meegedeeld en de kinesitherapeut ontvangt een kopie.

Onder nieuwe pathologische situatie moet worden verstaan, een situatie die optreedt na het begin van de kinesitherapeutische behandeling, tijdens hetzelfde kalenderjaar en die losstaat van de oorspronkelijke pathologische situatie."

"Indien, tijdens de in § 14, 4°, tweede lid, eerste of tweede streepje vastgestelde geldigheidsduur van een kennisgeving voor een pathologische situatie omschreven in § 14, 5°, A. of B., de rechthebbende wordt aangetast door een eerste pathologische situatie van het kalenderjaar omschreven in de huidige paragraaf zijn de regels beschreven in de huidige paragraaf van toepassing. In dit geval moet geen aanvraag of kennisgeving bij de adviserend **geneesheer arts** ingediend worden voor de eerste pathologische situatie bedoeld in de huidige paragraaf gedurende de geldigheidsduur bedoeld in § 14, 4°, tweede lid, eerste of tweede streepje.

Indien een tweede en/of derde nieuwe pathologische situatie van het kalenderjaar bedoeld in de huidige paragraaf optreedt gedurende de genoemde geldigheidsperiode bedoeld in de § 14, 5°, A. of B., moet een aanvraag zoals beschreven in deze paragraaf opgestuurd worden door de kinesitherapeut naar de adviserend **geneesheer arts**."

...

"§ 11. Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 2°..

"De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan patiënten die genieten van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, aanrekenen aan de hand van de in § 1, 2° bedoelde verstrekkingen. Deze verplichting geldt niet indien de rechthebbende zich in de in §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater of 14quinquies vastgestelde situatie bevindt."

"Behalve in geval van andersluidende specificatie van de nomenclatuur of van de adviserend **geneesheer arts**, mag, benevens een eerste zitting waarvoor een globale gemiddelde duur persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is bepaald, een tweede kinesitherapiezitting op dezelfde dag worden geattesteerd. Die tweede zitting mag alleen worden aangerekend als ze minimum 3 uur na de vorige is uitgevoerd.

Een tweede zitting dezelfde dag is alleen verantwoord als ze onontbeerlijk is voor de gezondheidstoestand van de rechthebbende. De motivering van de noodzaak van die tweede zitting moet ter beschikking van de adviserend **geneesheer arts** worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende worden vermeld. De adviserend **geneesheer arts** mag altijd tussenbeide komen en de vergoeding van de tweede zitting weigeren indien deze niet verantwoord is. Hij geeft de rechthebbende onmiddellijk kennis van zijn gemotiveerde beslissing, met een kopie, die geadresseerd is aan de kinesitherapeut; die beslissing gaat uiterlijk daags na de kennisgeving van zijn beslissing in."

~~De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen enkel worden aangerekend bij patiënten die hun 21e verjaardag nog niet hebben bereikt en een hersenverlamming hebben die voor hun 7e verjaardag is opgetreden; het bewijs dat de laatstgenoemde voorwaarde is vervuld, moet met een medisch verslag worden geleverd. Dat medisch verslag moet ter beschikking van de adviserend geneesheer worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende, omschreven in § 8 van dit artikel, worden vermeld. Die verstrekkingen mogen slechts eenmaal per dag worden aangerekend en mogen op dezelfde dag niet worden gecumuleerd met andere verstrekkingen van artikel 7, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen met uitzondering van de verstrekkingen « schriftelijk verslag » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 en 561411) waarmee cumulatie mogelijk is.~~

"De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen alleen worden geattesteerd voor patiënten die lijden aan een hersenverlamming die voor hun 7de verjaardag is opgetreden; het bewijs dat aan die voorwaarde is voldaan, moet worden geleverd aan de hand van een medisch verslag. Dat verslag moet ter beschikking worden gehouden van de adviserend geneesheer arts en moet worden opgenomen in het dossier van de rechthebbende, zoals beschreven is in § 8 van dit artikel. De verstrekkingen mogen slechts eenmaal per dag worden geattesteerd en mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd met andere verstrekkingen van artikel 7, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van de verstrekkingen "schriftelijk verslag" (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 en 561411) waarmee wel mag worden gecumuleerd..

Voor patiënten die hun 3de verjaardag nog niet hebben bereikt, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 eenmaal per dag worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een Gross Motor Function Classification System (GMFCS)-score 5 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 150 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een GMFCS-score 2, 3 of 4 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 100 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een GMFCS-score 1 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 50 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor alle patiënten vanaf hun 3de verjaardag kunnen, per kalenderjaar, 30 bijkomende verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden aangerekend op basis van een verslag van een CP-referentiecentrum voor patiënten met hersenverlamming. Dit verslag moet ter beschikking van de adviserend arts worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende worden vermeld. "

"De verstrekkingen 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 en 639634 mogen enkel worden aangerekend bij patiënten met lymfoedeem. De verstrekkingen 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461 en 639472 mogen slechts eenmaal per dag worden aangerekend met een maximum van 120 keer per kalenderjaar. Voor de uitzonderlijke pathologische situaties met een perimetrie die meer dan 30% afwijkt van het contralaterale lidmaat, mogen de verstrekkingen 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 en 639634 eenmaal per dag worden aangerekend met een maximum van 120 keer kalenderjaar. Indien de verstrekkingen 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 en 639634 in hetzelfde kalenderjaar worden geattesteerd, mag het gezamenlijk totaal van die verstrekkingen niet 120 zittingen per kalenderjaar overschrijden. Bovendien mogen de verstrekkingen 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 en 639634 niet gecumuleerd worden op hetzelfde dag met de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396.

Het bewijs dat de diagnostische, perimetrische, volumetrische of lymfoscintigrafische voorwaarden zijn vervuld, moet ter beschikking van de adviserend **geneesheer-arts** worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende, omschreven in § 9 van dit artikel, worden vermeld."

"De verstrekkingen 562332, 562354, 562376 en 562391 mogen voor de aandoeningen, bedoeld in artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, a), c) of d) van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1982, maximaal 50 keer worden geattesteerd tijdens een periode van één jaar vanaf de datum van de eerste uitgevoerde verstrekking 562332, 562354, 562376 of 562391, na het verblijf van de rechthebbende in een ziekenhuis of in een revalidatiecentrum (subacute fase) en zonder onderbreking van de zorgverlening tenzij om medische redenen. Die verstrekkingen moeten worden voorgeschreven door een **geneesheer-arts**, houder van de kwalificatie van **geneesheer-arts**-specialist voor fysieke geneeskunde en revalidatie en/of houder van de kwalificatie van specialist voor functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten. Het medisch voorschrift moet de noodzaak van verstrekkingen van minimum 45 minuten vermelden. Een kopie van dat voorschrift moet ter beschikking van de adviserend **geneesheer-arts** worden gehouden en vermeld worden in het dossier van de rechthebbende, beschreven in § 9 van dit artikel.

Het recht om die verstrekkingen 562332, 562354, 562376 en 562391 te attesteren wordt slechts één keer per rechthebbende toegekend, behalve wanneer de initiële aandoening zich opnieuw voordoet of wanneer er een nieuwe aandoening, bedoeld in artikel 7, § 3, tweede lid 2, 3°, a), c) of d) van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 optreedt. Voor een eventuele nieuwe toekenning van dat recht worden dezelfde toegangscriteria vereist als deze die in de vorige alinea worden beschreven.

De verstrekkingen 562332, 562354, 562376 en 562391 en de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396 mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd.

De verstrekkingen 562413, 562435, 562450 en 562472 mogen voor de aandoeningen, bedoeld in artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, j) van het koninklijk besluit van 23 maart 1982, maximaal 30 keer per kalenderjaar worden geattesteerd in geval van bijkomende bronchopulmonaire infectie. Per voorschrift kunnen maximaal 10 verstrekkingen 562413, 562435, 562450 en 562472 worden geattesteerd. Het medisch voorschrift moet de noodzaak van verstrekkingen gedurende minimum 60 minuten vermelden. Een kopie van dat voorschrift moet ter beschikking van de adviserend **geneesheer-arts** worden gehouden en vermeld worden in het dossier van de rechthebbende.

De verstrekkingen 562413, 562435, 562450 en 562472 moeten op zijn minst bestaan uit twee verschillende individuele kinesitherapieperiodes op dezelfde dag. De persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut moet per dag minimum 60 minuten duren. Die periodes moeten worden verdeeld over de dag afhankelijk van de therapeutische behoeften van de rechthebbende.

De verstrekkingen 562413, 562435, 562450 en 562472 en de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396 mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd."

"De behandeling dient te verlopen overeenkomstig aanbevelingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangenomen op voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening."

...

"§ 12. Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 3°."

"1° Een tweede zitting mag op dezelfde dag worden aangerekend aan de hand van de verstrekkingen van § 1, 3° :

a) voor de rechthebbenden die verblijven in een erkende functie intensieve verzorging (code 490) of in een erkende functie plaatselijke neonatale verzorging (functie N*) (code 190) of in een erkende dienst voor intensieve neonatologie (dienst NIC) (code 270) tijdens de hele duur van het verblijf in die functies of diensten.

b) voor de rechthebbenden die opgenomen zijn of geweest zijn in een ziekenhuis en voor wie één van de volgende verstrekkingen werd aangerekend :

– van artikel 13, § 1, van de nomenclatuur (reanimatie) : 211046, 211142, 211341, 211761, 212225, 213021, 213043 of 214045;

– van artikel 14, k, van de nomenclatuur (orthopedie) : de verstrekkingen met een waarde gelijk aan of hoger dan N 500, met uitzondering van de verstrekkingen 289015 - 289026, 289030 - 289041, 289052 - 289063 en 289074 - 289085."

"Voor de rechthebbenden, hierboven vermeld in a), mag een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend tijdens de hele duur van het verblijf in die functies of diensten. De verstrekking 564701 mag enkel aangerekend worden voor de rechthebbenden vermeld in a). Ze is niet cumuleerbaar met de verstrekking 561540. Voor de rechthebbenden hierboven vermeld in b), mag maximum 14 keer een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend gedurende de dertig dagen die volgen op de dag waarop één van de verstrekkingen vermeld in b) is aangerekend."

"2° Voor de rechthebbenden die zich in een van de situaties omschreven in het voorgaand lid bevinden, kan een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend indien de kinesitherapeut beschikt over een medisch voorschrift dat deze tweede zitting duidelijk rechtvaardigt.

In het geval van de verstrekking 564701 moet dit medisch voorschrift de noodzaak vermelden om een tweede zitting uit te voeren gedurende een globale gemiddelde duur van 30 minuten. In voorkomend geval is de kinesitherapeut ertoe gehouden een kopie van dit voorschrift voor te leggen aan de adviserend **geneesheer-arts** in het kader van een controle a posteriori. Dit voorschrift moet het volgende vermelden :

a) de nomenclatuurcodenummers en de betrekkelijke waarde van de ontvangen reanimatiebehandeling of van de uitgevoerde heelkundige ingreep;
b) de datum van de ingreep of de datum van de opname in de dienst intensieve verzorging of voor pasgeborenen;
c) de gewenste frequentie per week en per dag."

"3° De tweede zitting van de dag mag alleen worden aangerekend als ze ten minste 3 uur na de vorige heeft plaatsgehad."

...

"§ 14 Toepassingsregels inzake de verstrekkingen van § 1, 5° en 6°.

...

"2° De verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 564572, 563496 en 563570 mogen maximaal 60 maal per pathologische situatie worden geattesteerd in de periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking. Na die periode van één jaar wordt die pathologische situatie niet meer beschouwd als een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, A.

Onverminderd de bepalingen van het vorige lid, mogen de verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 564572, 563496 en 563570 maximaal 120 maal per pathologische situatie worden geattesteerd, voor de situaties bedoeld in § 14, 5°, A, j), in de periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking."

"De verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 of 639785 mogen per rechthebbende maximaal 60 maal per kalenderjaar worden aangerekend. De verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 en 564373 mogen maximaal 20 maal per kalenderjaar worden aangerekend en slechts nadat 60 verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833 of 639752 werden aangerekend. De verstrekkingen 563651, 563754, 563850, 563953, 564056, 564675 en 563130 mogen slechts worden aangerekend nadat 60 verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833 of 639752 en 20 verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 of 564373 werden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepaling begint een kalenderjaar op 1 januari en eindigt het op 31 december."

"De verstrekkingen 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 en 639785 mogen worden geattesteerd voor de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, B, f). Indien de verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 564631, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 en 639785 in hetzelfde kalenderjaar worden geattesteerd, mag het gezamenlijk totaal van die verstrekkingen niet 60 zittingen per kalenderjaar overschrijden."

"Een pathologische situatie omschreven in § 14, 5°, B, kan na het verstrijken van de geldigheidsduur, bedoeld in § 14, 4°, 2de lid, tweede streepje, van een kennisgeving voortduren. In dat geval kan de kinesitherapeut een hernieuwing van kennisgeving bij de adviserend **geneesheer-arts** indienen. Deze hernieuwing van kennisgeving moet voldoen aan de voorwaarden, vermeld in § 14, 4°. Indien de behandelingsperiode voor een andere pathologische situatie, omschreven in § 14, 5°, B reeds loopt, is een hernieuwing van kennisgeving verboden.

Onverminderd de bepalingen van § 14, 1°, indien de rechthebbende wordt aangetast door een nieuwe pathologische situatie niet bedoeld in § 10, tijdens de in § 14, 4°, tweede lid, eerste streepje vastgestelde geldigheidsduur van een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, A, kan de adviserend **geneesheer-arts**, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om :

- hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 564572, 563496 of 563570 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A van deze paragraaf te attesteren gedurende een periode van één jaar vanaf de startdatum vermeld op de kennisgeving voor de nieuwe pathologische situatie; de periode waarop de vorige kennisgeving slaat wordt afgesloten op de dag voorafgaand aan bovenvermelde startdatum. Per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A, j) van deze paragraaf, kan de adviserend **geneesheer arts**, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om maximaal 120 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 564572, 563496 of 563570 te attesteren gedurende een periode van één jaar vanaf de startdatum vermeld op de kennisgeving voor de nieuwe pathologische situatie; de periode waarop de vorige kennisgeving slaat wordt afgesloten op de dag voorafgaand aan bovenvermelde startdatum."

"- hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 of 639785 en maximaal 20 bijkomende verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 en 564373 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, B van deze paragraaf te attesteren, gedurende de resterende periode van het lopende kalender jaar; gedurende de twee volgende kalenderjaren mogen eveneens per kalenderjaar 60 verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 of 639785 en maximaal 20 bijkomende verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 en 564373 in de context van de voormelde nieuwe pathologische situatie geattesteerd worden."

"Onverminderd de bepalingen van § 14, 1°, indien de rechthebbende wordt aangetast door een nieuwe pathologische situatie niet bedoeld in § 10, tijdens de in § 14, 4°, tweede lid, tweede streepje vastgestelde geldigheidsduur van een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B, kan de adviserend **geneesheer arts**, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om :

- hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 564572, 563496 of 563570 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A van deze paragraaf te attesteren gedurende een periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking zoals voorzien in § 14,2°, eerste lid. Per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A, j) van deze paragraaf, kan de adviserend **geneesheer arts**, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om maximaal 120 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 564572, 563496 of 563570 te attesteren gedurende een periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking zoals voorzien in § 14,2°, eerste lid."

"- hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 of 639785 en maximaal 20 bijkomende verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 en 564373 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, B, van deze paragraaf te attesteren, gedurende de resterende periode van het lopende kalenderjaar; gedurende de twee volgende kalenderjaren mogen per kalenderjaar maximaal 60 verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 of 639785 en maximaal 20 bijkomende verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 en 564373 geattesteerd worden."

"Die aanvraag moet vergezeld gaan van de kennisgeving voorzien in § 14, 4°, en :

- hetzij van een verslag van de behandelend **geneesheer—arts** waarin de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden worden omschreven;
- hetzij van een verslag van de kinesitherapeut die een overzicht geeft van de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden vermeldt; dit verslag is opgesteld aan de hand van de voorschriften voor de behandelingen van die pathologische situaties; kopies van die voorschriften worden aan het verslag gevoegd.

De aanvraag moet worden ingediend met een aan de adviserend **geneesheer—arts** persoonlijk geadresseerde brief. Er mogen geen bijkomende verstrekkingen worden geattesteerd alvorens de adviserend **geneesheer—arts** daarvoor zijn toestemming heeft verleend. De adviserend **geneesheer—arts** wordt geacht zijn toestemming te hebben verleend als hij binnen 14 dagen na de verzending van de aanvraag zijn weigering niet heeft betekend of geen bijkomende inlichtingen heeft gevraagd; het poststempel geldt als bewijs. De kennisgeving van de weigering wordt met een aangetekende brief aan de rechthebbende meegedeeld en de kinesitherapeut ontvangt een kopie.

Onder nieuwe pathologische situatie moet worden verstaan, een situatie die optreedt na het begin van de kinesitherapeutische behandeling en die losstaat van de oorspronkelijke pathologische situatie.

Indien in het begin van de behandeling de kinesitherapeut verstrekkingen met een globale gemiddelde duur van 30 minuten of een minimumduur van 20 minuten uit § 1, 1° aanrekenen omdat het op dat moment niet duidelijk is of de pathologische situatie overeenstemt met een situatie omschreven in 5° van deze paragraaf dan worden die aangerekende verstrekkingen meegeteld in het kader van het hierboven bepaald maximum van 60 verstrekkingen."

...

"4° Een kennisgeving van de behandeling van een pathologische situatie bedoeld in 5° van deze paragraaf wordt door de kinesitherapeut aan de adviserend **geneesheer—arts** van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende bezorgd middels een persoonlijk geadresseerde brief. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen in het kader van die behandeling is slechts verschuldigd indien de adviserend **geneesheer—arts** van de verzekeringsinstelling een geldige kennisgeving in zijn bezit heeft."

"Deze kennisgeving slaat op:

- een periode van één jaar, te rekenen vanaf de datum van de eerste verstrekking in het kader van de behandeling van een pathologische situatie zoals bedoeld in § 14, 5°, A;"
- "- een periode die loopt tot het einde van het tweede kalenderjaar dat volgt op het jaar van de eerste verstrekking in het kader van de behandeling van een pathologische situatie zoals bedoeld in § 14, 5°, B. Dezelfde geldigheidsduur is ook van toepassing in het kader van een hernieuwing, zoals omschreven in § 14, 2°, 4de lid, van kennisgeving."

"Deze kennisgeving omvat tenminste:

- de identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum en het inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling);
- de identificatiegegevens van de kinesitherapeut (naam, voornaam, erkenningsnummer), datum van het begin van de behandeling;
- de benaming van één van de pathologische situaties beschreven in § 14, 5°;
- de bevestiging vanwege de kinesitherapeut dat hij beschikt over een deugdelijk voorschrift voor de behandeling van één van de in § 14, 5° bedoelde situaties, en dat hij kennis heeft genomen van de standaarden voor verzorging zoals ze door het Verzekeringscomité werden vastgelegd."

"Een afschrift van het voorschrift alsook de elementen die aantonen dat de patiënt zich in een situatie beschreven in § 14, 5°, bevindt, moeten in het dossier bewaard worden. Deze elementen moeten overeenstemmen met medische vaststellingen die uitgevoerd zijn ten vroegste zes maanden voor het begin van de periode waarop die kennisgeving slaat.

Het model van deze kennisgeving wordt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op voorstel van de Technische Raad voor Kinesitherapie na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen."

...

"5° De volgende situaties komen in aanmerking voor de in deze paragraaf beschreven bepalingen:"

"A. Situaties waarvan behandeling aangerekend wordt aan de hand van de vertrekkingen bedoeld in § 1, 5°, in de periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking d.w.z. in de geldigheidsperiode van de kennisgeving omschreven in § 14, 4° :"

...

e) Motorisch deficit en invalidering als gevolg van:

- 1) mononeuropathie (bijvoorbeeld dropvoet, drophand);
- 2) motorische of gemengde polyneuropathie;

Voor situaties 1) en 2) wordt het motorisch deficit gekwantificeerd door een gestandaardiseerde manuele spierkrachttest waarbij volgens de classificatie van de 'Medical Research Council' een score van 3 of lager wordt toegekend. Een consultatie van een ~~geneesheer-arts~~-specialist en de nodige diagnostische onderzoeken waaronder neurofysiologische tests hebben voorafgaand plaatsgevonden. Ingeval in het medisch verslag de oorzaak van de neuropathie en klinisch beeld duidelijk zijn, inzonderheid voor diabetes en alcoholmisbruik, kan de behandeling aangevat worden zonder verdere neurofysiologische investigatie.

- 3) myopathie geïnduceerd door medicatie of door acuut of chronisch contact met toxische stoffen.

Myopathie geïnduceerd door gebruik van corticosteroïden (uitgezonderd zalven en inhalatiesteroïden), cytostatica, aminoglycosiden of statines, of geïnduceerd door acuut of chronisch contact met toxische stoffen.

De diagnose van een myopathie geïnduceerd door medicatie dient gesteld te worden door een ~~geneesheer-arts~~-specialist die het contact en de temporele associatie met de medicatie attesteert.

Het motorisch deficit dient steeds geobjectiveerd te worden door een gestandaardiseerde spierkrachttest. Het resultaat van deze test dient beneden 70 % van de normaalwaarde te zijn. Het is de ~~geneesheer-arts~~-specialist die de test uitvoert op een gevalideerde wijze met een betrouwbaar meetinstrument en die bepaalt of het resultaat beneden 70 % van de normaalwaarde ligt. Het resultaat van de spierkrachttest dient steeds vermeld te worden.

De diagnose van een myopathie geïnduceerd door acuut of chronisch contact met toxische stoffen dient naast wat in het vorige lid is bepaald ondersteund te zijn door een elektromyografisch onderzoek.

Een begin- en eindbilan worden bewaard in het individueel dossier.

....

h) Situaties die een uro-, gynaeco-, colo-, of proctologische revalidatie vereisen :

- 1) Bewezen neuropathie, zowel bij vrouwen als bij mannen.
- 2) Postoperatieve revalidatie van sfincter disfunctie na :
 - (01) radicale prostatectomie of adenomectomie;
 - (02) totale cystectomie met vervangblaas ingeplant op de urethra bij patiënten die lijden aan urinaire incontinentie en/of verminderd aandranggevoel;
 - (03) verwijdering van een deel van het spijsverteringskanaal met behoud van de anale sfincter;

(04) verzakking van blaas, rectum of baarmoeder na een chirurgische ingreep.
3) Functionele aandoeningen bij kinderen tot de 16e verjaardag tengevolge van één van de volgende disfuncties of misvormingen:

(01) urinaire aandoeningen die op korte en middellange termijn een bedreiging vormen voor de hogere urinewegen:
- dissynergie tussen blaas en sfincter;
- recidiverende urinewegeninfecties;"
"- postoperatief syndroom van urethralekten"
"- vesicale immaturiteit;"

" (02) encopresis bij het kind"

"Deze verstrekkingen kunnen enkel worden aangerekend nadat voorafgaandelijk voor het behandelen van deze pathologische situatie 18 verstrekkingen volgens § 1, 1°, werden aangerekend.

Zij worden voorgeschreven door de behandelende **geneesheer—arts** -specialist, nadat de kinesitherapeut, aan de hand van een begin- en eindbilan een duidelijke verbetering van de symptomen heeft aangetoond. Het begin- en eindbilan, alsook de resultaten van het onderzoek en het advies van de behandelend **geneesheer—arts** -specialist worden in het individueel kinesitherapiedossier bewaard."

...

"i) Reflex Sympathische Dystrofie (RSD) van het type I (algoneurodystrofie of Südeckatrofie) of van het type II (causalgie) :

De diagnose van de RSD moet beantwoorden aan de criteria van de IASP (International Association for the Study of Pain) en moet bevestigd worden door een **geneesheer—arts** -specialist in de orthopedische heilkunde, in de heilkunde, in de reumatologie, in de anesthesie-reanimatie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie. Deze diagnose, getekend door de **geneesheer—arts** -specialist, moet voorkomen in het individueel kinesitherapiedossier en weergeven dat de gebruikte diagnostische criteria wel degelijk die van de IASP zijn."

...

"B. Situaties waarvan behandeling aangerekend wordt aan de hand van de verstrekkingen bedoeld in § 1, 6°, in de geldigheidsperiode van de kennisgeving omschreven in § 14, 4° :"

...

"a) Situaties die een gangrevalidatie noodzakelijk maken voor rechthebbenden vanaf hun 65ste verjaardag, die al eens gevallen zijn met risico op herhaling, te objectiveren door de behandelend **geneesheer—arts** en kinesitherapeut aan de hand van :

1) de "Timed up & go" test, met een score hoger dan 20 seconden;

en

2) een positief resultaat op ten minste één van twee volgende testen, die allebei moeten worden verricht :

(01) de "Tinetti" test, met een score kleiner dan 20/28;

(02) de "Timed chair stands" test, met een score hoger dan 14 seconden.

De objectivering gebeurt met een uitgebreid bilan met medisch en kinesitherapeutisch verslag, ondertekend door de behandelende **geneesheer—arts** en de kinesitherapeut. Dit bilan omvat onder meer de indicatie voor de oefeningen, beschrijving van de locomotorische toestand aan de hand van hoger beschreven testen, vermelding van de comorbiditeit en van het medicatiegebruik en de gedetailleerde beschrijving van het oefenprogramma."

...

"b) Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen

Bij kinderen onder 16 jaar, na advies en behandelingsvoorstel door een van ondervermelde **geneesheren-artsen** -specialisten en met een significant zwakkere score op een gestandaardiseerde test.

geneesheer-arts -specialist voor :

- (neuro)pediatrie
- (neuro)pediatrie en F en P (*)
- neuropsychiatrie en F en P (*)
- neurologie
- neurologie en F en P (*)
- psychiatrie
- psychiatrie en F en P (*)

(*) F en P = specialist voor functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten.

Bij kinderen onder 19 maanden kan bovenvermeld advies, behandelingsvoorstel en significant zwakkere score vervangen worden door de vaststelling van klinisch duidelijke ontwikkelingsstoornissen op basis van een evaluatie in een gespecialiseerde multidisciplinaire equipe, waar ten minste een (neuro)pediater deel van uitmaakt."

"c) Ademhalingsinsufficiëntie bij rechthebbenden die opgevolgd worden in het kader van een revalidatie-overeenkomst betreffende langdurige zuurstoftherapie thuis of betreffende chronische mechanische ademhalingsondersteuning thuis. De overeenkomst betreffende het obstructief slaapapneussyndroom is in deze alinea niet beoogd."

...

"d) Chronische motorische of gemengde polyneuropathie.

Het motorisch deficit wordt gekwantificeerd door een gestandaardiseerde manuele spierkrachttest waarbij volgens de classificatie van de 'Medical Research Council' een score van 3 of lager wordt toegekend. Een consultatie van een **geneesheer-arts** -specialist en de nodige diagnostische onderzoeken waaronder neurofysiologische testen hebben voorafgaand plaatsgevonden. In geval in het medisch verslag de oorzaak van de neuropathie en klinisch beeld duidelijk zijn, inzonderheid voor diabetes en alcoholmisbruik, kan de behandeling aangevat worden zonder verdere neurofysiologische investigatie."

....

"e) Primaire cervicale dystonie aangetoond met een diagnostisch verslag opgesteld door een **geneesheer-arts -specialist voor neurologie."**

...

"f) Lymfoedeem

1) Bij een eenzijdige aantasting ter hoogte van een lidmaat (bovenste of onderste) door een postradiotherapeutisch of postchirurgisch lymfoedeem dat beantwoordt aan de volgende criteria:

- ofwel moet een perimetrie die is uitgevoerd op het hele lidmaat, of een volumetrisch onderzoek van de hand of de voet een verschil van +5 % ten opzichte van het contralaterale lidmaat aantonen. Die metingen moeten worden uitgevoerd volgens de protocollen die zijn vastgelegd door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, op voorstel van het College van **Geneesheren-Artsen** -directeurs.

- ofwel moet een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen de ernst van de diagnose bevestigen als aan twee minder belangrijke criteria is voldaan volgens de lymfoscintigrafische classificatie van de oedemen van de ledematen met het oog op de kinesitherapeutische tenlasteneming ervan. Die classificatie wordt vastgelegd door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, op voorstel van het College van **geneesheren-artsen** -directeurs.

2) Voor alle andere soorten van lymfoedeem moet een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen de diagnose bevestigen als aan twee minder belangrijke criteria is voldaan volgens de lymfoscintigrafische classificatie van de oedemen met het oog op de kinesitherapeutische tenlasteneming ervan.

Voor de pathologische situaties die zijn opgesomd aan het eind van dit lid, is een lymfoscintigrafisch onderzoek niet vereist. Toch moet een gemotiveerd verslag van de **geneesheer-arts** -specialist dat de diagnose en de verzorgingsnood rechtvaardigt, ter beschikking van de adviserend **geneesheer-arts** worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende, omschreven in § 9 van dit artikel, worden vermeld. Die pathologische situaties zijn:

- rechthebbenden jonger dan 14 jaar waarvoor het uitvoeren van een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen niet aangewezen is.
- in geval van gemotiveerde fysische onmogelijkheid om een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen uit te voeren."

...

"§ 14bis. Toepassingsregels inzake de verstrekkingen van § 1, 7°.

Onder « palliatieve thuispatiënt » in de zin van dit artikel moet worden verstaan de rechthebbende aan wie de forfaitaire tegemoetkoming, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 werd toegekend. "

"De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent bij de patiënt thuis aan « palliatieve thuispatiënten » aanrekenen aan de hand van de in § 1, 7°, bedoelde verstrekkingen. Deze verplichting geldt ook indien de patiënt zich in een situatie omschreven in §§ 10, 11, 12 of 14 bevindt."

"De verstrekking 564233 mag enkel worden geattesteerd voor een « palliatieve thuispatiënt » die eveneens een verminderd tarief van het persoonlijke aandeel geniet op basis van artikel 7, § 3, tweede lid, 3° van het koninklijk besluit van 23 maart 1982. Die tweede zitting mag slechts worden aangerekend als zij minimum 3 uur na de vorige is uitgevoerd."

"Een tweede zitting dezelfde dag is alleen verantwoord als ze onontbeerlijk is voor de gezondheidstoestand van de rechthebbende. De motivering van de noodzaak van die tweede zitting moet ter beschikking van de adviserend **geneesheer-arts** worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende worden vermeld. De adviserend **geneesheer-arts** mag altijd tussenbeide komen en de vergoeding van de tweede zitting weigeren indien deze niet verantwoord is. Hij geeft de rechthebbende onmiddellijk kennis van zijn gemotiveerde beslissing, met een kopie, die geadresseerd is aan de kinesitherapeut; die beslissing gaat uiterlijk daags na de kennisgeving van zijn beslissing in."

....

"§14quater : Toepassingsregels inzake de verstrekkingen van § 1, 9°.

In dit artikel bedoelt men met de "patiënt die lijdt aan het chronischevermoeidheidssyndroom" (CVS), de patiënt van wie de diagnose is gesteld volgens de criteria van Fukuda en voor wie het nut van een graduele oefentherapie is bevestigd door een **geneesheer-arts** -specialist in de reumatologie of in de fysische geneeskunde en revalidatie, of voor inwendige geneeskunde, dit eventueel in overleg met een of meerdere andere **geneesheren-artsen** -specialisten. De door de **geneesheer-arts** -specialist ondertekende bevestiging van de diagnose moet in het individueel kinesitherapiedossier zijn opgenomen en preciseren dat de gebruikte diagnosecriteria wel degelijk die van Fukuda zijn.

De verstrekkingen 564756, 564793 en 564830 worden voorgeschreven door de ~~geneesheer-arts~~ -specialist die in het eerste lid van deze paragraaf wordt vermeld of door de behandelend huisarts. Er mogen maximaal 18 zittingen 564756, 564793 en 564830 worden geattesteerd per patient over een periode van 1 jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking. Daarna mag geen enkele van die verstrekkingen worden geattesteerd.

De kinesitherapeut moet de verstrekkingen die hij verleent aan de patiënten in het kader van de behandeling van dit syndroom, aanrekenen gedurende de periode bedoeld in vorige alinea aan de hand van de in § 1, 9° bedoelde verstrekkingen.

De behandeling dient te verlopen overeenkomstig aanbevelingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangenomen op voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening.

Indien de patiënt ooit verstrekkingen van § 1, 10° heeft genoten, kan hij de verstrekkingen die attesteerbaar zijn in het kader van § 1, 9° niet meer genieten.

De kennisgevingen voor de behandeling van het CVS ingediend vóór de inwerkingtreding van deze paragraaf zijn niet meer geldig vanaf de datum van inwerkingtreding van deze paragraaf."

....

"§ 14quinquies - Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 10°.

In dit artikel bedoelt men met de patiënt die lijdt aan fibromyalgie, de patiënt van wie de diagnose moet bevestigd zijn door een ~~geneesheer-arts~~ -specialist in de reumatologie of in de fysische geneeskunde en revalidatie, op grond van een klinisch onderzoek dat de diagnostische criteria van het ACR (American College of Rheumatology) omvat. De door de ~~geneesheer-arts~~ -specialist ondertekende bevestiging van de diagnose moet in het individueel kinesitherapiedossier zijn opgenomen en preciseren dat de gebruikte diagnosecriteria wel degelijk die van het ACR zijn.

De verstrekkingen 564874, 564911 en 564955 worden voorgeschreven door de ~~geneesheer-arts~~ -specialist die in het eerste lid van deze paragraaf wordt vermeld of door de behandelend huisarts. Er mogen maximaal 18 zittingen 564874, 564911 en 564955 worden geattesteerd per patient over een periode van 1 jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking. Daarna mag geen enkele van die verstrekkingen worden geattesteerd.

De kinesitherapeut moet de verstrekkingen die hij verleent aan de patiënten in het kader van de behandeling van dit syndroom, aanrekenen gedurende de periode bedoeld in vorige alinea aan de hand van de in § 1, 10° bedoelde verstrekkingen.

De behandeling dient te verlopen overeenkomstig aanbevelingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangenomen op voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening.

Indien de patiënt ooit verstrekkingen van § 1, 9° heeft genoten, kan hij de verstrekkingen die attesteerbaar zijn in het kader van § 1, 10° niet meer genieten.

De kennisgevingen voor de behandeling van fibromyalgie ingediend vóór de inwerkingtreding van deze paragraaf zullen niet meer geldig zijn niet meer geldig vanaf de datum van inwerkingtreding van deze paragraaf"

....

"§ 18. Behalve in de gevallen die zijn vermeld in §§ 10 en 14, is de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging niet afhankelijk van de voorafgaande instemming van de adviserend ~~geneesheer-arts~~.