

**NOMENCLATURE**

CHAPITRE III – Soins courants

**Section 3 – Kinésithérapie**

**Art. 7. § 1.** Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes :

1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4° ou 5° du présent paragraphe.

**I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.**

(2)	(3)			
560011		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes.....	M	24
560033		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
560055		Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	13
560092		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	24

**I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.**

560114		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
560136		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
560151		Lorsque la séance 560114 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	13
560195		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	24

(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

**I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé.**

560210	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
560232	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
560254	Lorsque la séance 560210 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	13
560291	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	24

**II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.**

560313	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
560335	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
560350	Lorsque la séance 560313 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	13
560394	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	22

**III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

560416	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	14,5
560431	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes .....	M	8
560453	Lorsque la séance 560416 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	8

#### **IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.**

560501	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
560523	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	10

#### **V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.**

560534	560545	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
560556	560560	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10

#### **VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

560571	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	14,5
560593	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes .....	M	8
560615	Lorsque la séance 560571 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	8

2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article.

#### **I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.**

560652	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
560674	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	10
560696	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11 .....	M	10
560711	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
560733	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	24
560755	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes .....	M	45

**I. b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.**

560770	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
560792	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	10
560814	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11.....	M	10
560836	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
560851	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	24
560873	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes .....	M	45

**I. c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.**

560895	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
560910	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	10
560932	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11.....	M	10
560954	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
560976	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	24
560991	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes .....	M	45

**II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.**

561013	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
561035	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	10
561050	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11.....	M	10

561072	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
561094	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	24
561116	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes .....	M	42

**III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

561131	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes .....	M	14,5
561153	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	8
561175	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11.....	M	8
561190	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	14,5
561212	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes .....	M	45

**IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.**

561245	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
561260	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	10
561282	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11.....	M	10
561304	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes .....	M	42

**V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.**

561315	561326	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
561330	561341	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	10

**VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

561352	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes .....	M	14,5
561374	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée.....	M	8
561396	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11 .....	M	8
561411	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	14,5

**3°** Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 12 du présent article.

**I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé**

561433	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 .....	M	10
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

**I. b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.**

561455	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 .....	M	10
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

**I c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un l'hôpital dans un service médical organisé.**

561470	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 .....	M	10
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

**II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.**

561492	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 .....	M	10
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

**III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

561514	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 <sup>ème</sup> séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 .....	M	8
--------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---

#### **IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.**

561540 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée: 2<sup>ème</sup> séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 ..... M 10

#### **V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.**

561551 561562 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2<sup>ème</sup> séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 ..... M 10

#### **VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

561573 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de : 2<sup>ème</sup> séance de la journée conformément aux dispositions du § 12..... M 8

4° Prestations effectuées dans le cadre de la kinésithérapie périnatale conformément au § 13 du présent article.

#### **I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé**

561595 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes ..... M 24

#### **I. b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.**

561610 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes ..... M 24

#### **I. c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.**

561632 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes ..... M 24

#### **II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.**

561654 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes ..... M 22

#### **III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

561676 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes ..... M 14,5

#### **IV. Prestations effectuées au bénéficiaire hospitalisé.**

561702	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

#### **V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.**

561713	561724	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
--------	--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	----

5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au §14 du présent article.

#### **I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.**

561735	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes.....	M	24
561750	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
561772	Lorsque la séance 561735 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	13
561794	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
561816	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24

#### **I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.**

561831	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
561853	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
561875	Lorsque la séance 561831 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	13
561890	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
561912	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24



**I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé.**

561934	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
561956	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
561971	Lorsque la séance 561934 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	13
561993	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
562015	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24

**II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.**

562030	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
562052	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
562074	Lorsque la séance 562030 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	13
562096	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	22
562111	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	22

**III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

562133	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	14,5
562155	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes .....	M	8
562170	Lorsque la séance 562133 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	8
562192	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	14,5

**IV. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.**

562214	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	14,5
562236	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes .....	M	8
562251	Lorsque la séance 562214 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	8
562273	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	14,5

**V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.**

562295	562306	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
562310	562321	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10

**§ 2.** Les prestations définies au paragraphe précédent ne font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé que lorsqu'elles sont prescrites par un docteur en médecine, sauf l'examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit, qui ne doit pas être mentionné explicitement sur la prescription.

**§ 3.** La prescription.

- 1° Elle doit revêtir la forme d'un écrit rédigé personnellement par un médecin.
- 2° Elle indique dans tous les cas le nombre maximum de séances pouvant être effectué, le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter, la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne la précise pas. Le cas échéant elle comportera les éléments complémentaires, justifiant une deuxième séance journalière, conformément aux dispositions du § 11 ou du § 12, 2°, du présent article. Si le problème est résolu avant, le nombre de séances effectuées peut être inférieur à celui figurant sur la prescription.
- 3° La conception du traitement et la fréquence sont déterminées à l'initiative et sous la responsabilité du kinésithérapeute sauf si le prescripteur précise celles-ci ou l'une de celles-ci. En cas de désaccord sur la conception et la fréquence du traitement prescrit, le kinésithérapeute prendra contact avec le prescripteur en vue d'éventuelles modifications. Ces modifications ainsi que la mention de l'accord du médecin prescripteur seront mentionnées au dossier du bénéficiaire.
- 4° Le traitement doit être entamé dans les 30 jours qui suivent l'établissement de la prescription auquel il se rapporte ou bien après l'expiration du délai qui a été mentionné explicitement par le prescripteur.

- 5° En cas de prescription par le médecin traitant d'un examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif, le médecin prescrit un éventuel traitement avec référence à cet examen.
- 6° Le nombre de séances prescrites ne peut être supérieur à 9 par prescription pour les bénéficiaires comme prévu au § 1<sup>er</sup>, 1°, I, II, III, V,VI, 3°, I, II, III, V,VI et 4°. Le nombre de séances prescrites ne peut être supérieur à 30 par prescription pour les bénéficiaires comme prévu au § 1<sup>er</sup>, 1°, IV, 2°, 3°, IV en 5°.

### **§ 3 bis.**

#### **1° Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit.**

L'examen kinésithérapeutique doit être effectué avant d'entamer le traitement même si cette prestation n'est pas mentionnée explicitement sur la prescription mais peut être effectué à l'occasion de la première séance individuelle de kinésithérapie du traitement.

Cette prestation peut être attestée le même jour que la première séance individuelle de kinésithérapie.

Cette prestation peut être attestée 1 fois par an par bénéficiaire maximum. Pour l'application de cette disposition, une année commence le 1<sup>er</sup> janvier et se termine le 31 décembre.

Cette prestation comprend la communication d'un rapport écrit au médecin traitant lorsque ce médecin le demande. La communication d'un rapport écrit est obligatoire au moins une fois par an.

Pour les situations visées aux §11 et §14, un examen kinésithérapeutique avec rapport écrit, attestable ou non, est exigé pour chaque nouvelle prescription, même s'il s'agit de la même situation pathologique.

Ce rapport écrit comprend : la mention de(s) (l')affection(s), le bilan kinésithérapeutique établi par le kinésithérapeute au début et à la fin d'une série de séances effectuées dans le cadre d'une prescription, les prestations effectuées et la fréquence des séances, une référence succincte aux conseils donnés pour une prévention secondaire et au programme à domicile qui ont été communiqués au patient, s'il échet. Une copie du rapport doit être conservée dans le dossier.

#### **2° L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif.**

L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif est effectué sur prescription du médecin traitant avant qu'un éventuel traitement ne soit prescrit. Cette prestation comprend la communication au médecin traitant, sous la forme d'un rapport écrit, des constatations faites par le kinésithérapeute et d'une proposition de traitement éventuel.

Seulement une des prestations suivantes peut être attestée par traitement : 560711, 560733, 560836, 560851, 560954, 560976, 561072, 561094, 561190, 561411, 516794, 561816, 561993, 562015, 562096, 562111, 562192 et 562273.

Le terme "traitement" signifie dans ce paragraphe, une série de séances pour la même situation pathologique.

**§ 4.** Entrent en ligne de compte au titre de prestations de la compétence d'un kinésithérapeute, les actes intellectuels et techniques définis à l'article 21bis, § 4 et § 6 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé..

**§ 5.** La rédaction d'un rapport au médecin prescripteur, y compris un rapport du bilan initial et final, fait partie intégrante des prestations de la nomenclature.

**§ 6.** Les techniques visées au § 4 justifient une intervention de l'assurance dans les limites qui suivent :

- 1° sont notamment exclues au titre de mobilisation ou de thérapies physiques : la gymnastique oculaire ou orthoptique, la magnothérapie, la sonothérapie (à distinguer de l'ultrasonothérapie qui n'est pas ici visée), la réflexologie plantaire, l'auriculothérapie, l'hippothérapie, les applications de chaud et/ou de froid exécutées seules, les prestations d'acupuncture, les tractions vertébrales par table mécanique ou à moteur électrique ou par suspension;
- 2° ne peuvent être remboursées, les prestations à caractère purement esthétique ou d'hygiène individuelle (par exemple : la gymnastique d'entretien, le fitness, les séances de sauna et de bronzage) les prestations d'accompagnement et de préparation de toute activité sportive ;
- 3° ne peuvent être remboursées, les prestations dans le cadre des situations visées à l'article 136, § 3 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;
- 4° Les massages (excepté dans les circonstances décrites à l'alinéa suivant), les techniques physiques dans le cadre de l'électrothérapie, la thérapie par ultrasons, la thérapie laser et les autres diverses techniques d'application de chaleur, peuvent uniquement être remboursés s'ils sont appliqués en complément et non pas exclusivement.

Ces restrictions ne s'appliquent pas au massage utilisé pour des patients avec un lymphoedème acquis ou congénital ou pour des patients dont l'état de santé ne permet pas une participation active.

**§ 7.** Par "apport personnel du kinésithérapeute", il faut entendre le temps qui est personnellement et exclusivement consacré par le kinésithérapeute au traitement du bénéficiaire concerné.

La "durée globale moyenne" d'apport personnel s'évalue sur un terme qui ne peut être inférieur à 3 mois pour l'ensemble des prestations concernées et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

**§ 8.** Dans tous les cas, la réalisation d'un dossier par bénéficiaire, réparti sur l'ensemble du traitement fait partie intégrante du traitement de kinésithérapie.

**§ 9.** Le dossier individuel de kinésithérapie comportera au minimum les données d'identification du patient, c'est à dire le nom, le prénom et la date de naissance et les données d'identification du médecin prescripteur, les données médicales de la prescription, la synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique, de même que les rapports écrits communiqués au médecin, le plan de traitement et ces modifications, les prestations attestées chaque jour et les dates de chaque séance. Ce dossier peut être établi sous une forme digitalisée.

Les détenteurs d'un dossier kinésithérapeutique digitalisé doivent pouvoir produire par une consultation du système informatique les dates des prestations, le nom et prénom des bénéficiaires et la nature des prestations dispensées, définies par leur numéro de la nomenclature des prestations. Ces données doivent être disponibles immédiatement et classées par jour de travail. Cette disposition entre en vigueur le jour de la suppression de l'obligation de tenir un registre des prestations.

Dès la date de suppression de l'obligation de tenir un registre des prestations, prévue par l'arrêté royal du 25 novembre 1996 fixant les modalités de tenue d'un registre de prestations par les dispensateurs de soins visés à l'article 76 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et déterminant les amendes administratives applicables en cas d'infraction à ces dispositions, la disposition suivante entrera en vigueur : aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles la tenue du dossier est incomplète.

Le dossier kinésithérapeutique reprend également, le cas échéant, des données indispensables à savoir : les modifications à la prescription conformément au § 3, 4°, la copie du rapport au médecin prescripteur conformément au § 5, le rapport écrit conformément § 3bis, une copie du formulaire de notification pour le traitement d'une situation pathologique visée au § 14, la scission des prestations conformément au § 15. Le même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

**§ 9 bis.** La séance individuelle de kinésithérapie doit comprendre un ou plusieurs actes qui ressortissent à la compétence des kinésithérapeutes et exige, si la situation du bénéficiaire le permet, une participation active du patient sous la forme d'une thérapie active d'exercices, y compris les instructions et conseils en vue d'une prévention secondaire.

Une participation active n'est pas exigée de la part des enfants pour lesquels une participation active et consciente n'est pas encore possible ou de la part de patients qui sont totalement dépendants.

Une séance dans laquelle l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 minutes, doit durer au moins 20 minutes.

Une séance dans laquelle l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 20 minutes, doit durer au moins 15 minutes.

Une séance dans laquelle l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 15 minutes, doit durer au moins 10 minutes.

Les prestations effectuées au domicile des bénéficiaires ne peuvent être attestées que si le médecin prescripteur a expressément mentionné sur la prescription que le patient ne peut quitter son domicile de façon autonome.

En vue de la rédaction des profils des pratiques médicales, l'enregistrement de la pathologie sous la forme de pseudo-codes est obligatoire et ce, sur base de la situation pathologique. Les modalités d'enregistrement de la pathologie sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé après la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes – organismes assureurs.

**§ 10.** Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 56011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 18 fois par an. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1<sup>er</sup> janvier et se termine le 31 décembre. En ce qui concerne l'année 2002, les prestations 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 et 515955 et les prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 ne peuvent au total être attestées que 18 fois par bénéficiaire. Pour les prestations 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 et 515955 qui ont été effectuées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal par lequel cette disposition est introduite et qui dépassent le nombre précité, le remboursement prévu reste néanmoins dû.

Si au cours de l'année, le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester à la fin des 18 séances pour la pathologie précédente, 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an pendant la période restante de l'année définie à l'alinéa précédent. Cette demande doit être accompagnée d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et les dates d'apparition. La demande doit être introduite par un courrier adressé personnellement au médecin-conseil. Les prestations supplémentaires ne peuvent être portées en compte avant d'avoir été autorisées par le médecin-conseil. Ce dernier est censé avoir accordé son autorisation s'il n'a pas notifié de décision de refus ou demandé un complément d'information dans le délai de 14 jours qui suivent l'expédition de la demande, le cachet de la poste faisant foi. La notification de la décision de refus est adressée, par lettre recommandée à la poste, au bénéficiaire avec copie au kinésithérapeute.

Par nouvelle situation pathologique il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie réalisé au cours de la même année calendrier et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

**§ 11.** Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, alinéa 3, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque la bénéficiaire se trouve dans la situation prévue au § 13.

Sauf spécification contraire de la nomenclature ou du médecin-conseil, outre une première séance pour laquelle une durée globale moyenne d'apport personnel du kinésithérapeute est définie, une deuxième séance de kinésithérapie peut être attestée dans la même journée. Cette deuxième séance ne peut être portée en compte que si elle a été effectuée au minimum 3 heures après la précédente

Une deuxième séance dans la même journée ne peut se justifier que si elle est indispensable à l'état de santé du bénéficiaire. La motivation de la nécessité de cette deuxième séance doit être tenue à la disposition du médecin-conseil et figurer dans le dossier du bénéficiaire. Le médecin-conseil peut intervenir à tout moment et refuser le remboursement de la deuxième séance si elle est injustifiée. Il notifie sa décision motivée sans tarder au bénéficiaire avec copie adressée au kinésithérapeute qui prend cours au plus tard le lendemain de la notification de sa décision.

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui n'ont pas encore atteint leur 21<sup>e</sup> anniversaire et sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débuté avant le 7<sup>ème</sup> anniversaire ; la preuve qu'il est satisfait à la dernière condition doit être fournie à l'aide d'un rapport médical. Celui-ci doit être maintenu à la disposition du médecin-conseil et mentionné dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 8 du présent article. Ces prestations ne peuvent être attestées qu'une fois par jour et ne peuvent pas être cumulées le même jour avec d'autres prestations de l'article 7, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature des prestations de santé.

Le traitement et la fréquence maximale doivent se dérouler conformément aux indications et standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes – organismes assureurs. Cette disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

## **§ 12. Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>.**

1<sup>o</sup> Une deuxième séance pour la même journée peut être attestée au moyen des prestations du § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> :

- a) pour les bénéficiaires séjournant dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs reconnu comme tel (code 49) sur base de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction soins intensifs pour être agréé, ou un service N de soins néonataux intensifs (code 27) pendant toute la durée du séjour dans ces unités ou ces services.
- b) pour les bénéficiaires hospitalisés ou l'ayant été et pour lesquels a été attestée une des prestations suivantes :
  - de l'article 13, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature (réanimation) : 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045;
  - de l'article 14, k, de la nomenclature (orthopédie) : les prestations de valeur égale ou supérieure à N 500 à l'exception des prestations 289015 – 289026, 289030 - 289041, 289052 - 289063 et 289074 – 289085.

Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous a), une deuxième séance journalière peut être attestée pendant toute la durée du séjour dans les unités ou les services concernés. Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous b), pendant les 30 jours qui suivent le jour où une des prestations mentionnées sous b) a été attestée, une deuxième prestation journalière peut être attestée au maximum 14 fois."

2° Pour les bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites à l'alinéa précédent, une deuxième séance journalière peut être attestée si le kinésithérapeute dispose d'une prescription médicale qui justifie clairement cette deuxième séance. Le cas échéant, le kinésithérapeute est tenu de présenter cette prescription au médecin-conseil, dans le cadre d'un contrôle à posteriori. Cette prescription reprendra obligatoirement :

- a) les codes nomenclature et la valeur relative du traitement de réanimation reçu ou de l'intervention chirurgicale pratiquée;
- b) la date de l'intervention ou la date d'entrée dans le service de soins intensifs ou néonatal;
- c) la fréquence souhaitée par semaine et par jour.

3° La deuxième séance de la journée, ne peut être portée en compte que si elle a été effectuée au minimum 3 heures après la précédente.

**§ 13.** Règles d'application concernant les prestations de kinésithérapie périnatale du § 1<sup>er</sup>, 4°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1<sup>er</sup>, 4°, les prestations dispensées aux :

- bénéficiaires enceintes, dans le cadre de la préparation à l'accouchement;
- parturientes;
- accouchées, dans le cadre de la rééducation postnatale.

Les prestations de kinésithérapie périnatale, à l'exclusion de celles effectuées à un bénéficiaire hospitalisé, ne peuvent être portées en compte que neuf fois par grossesse (numéros de prestations : 561595, 561610, 561632, 561654, 561676 et 561713).

**§ 14** Règles d'application concernant les prestations du § 1, 5°

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1, 5°, les prestations dispensées aux bénéficiaires qui se trouvent dans l'une des situations décrites dans le dernier alinéa du présent paragraphe jusqu'à ce que le problème soit résolu, excepté s'ils se trouvent également dans l'une des situations décrites au §11 ou si le bénéficiaire est hospitalisé.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 561735, 561831, 561934, 562030, 562133, 562214, 562295 peuvent être attestées 60 fois par an maximum par bénéficiaire. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1<sup>er</sup> janvier et se termine le 31 décembre.

Si, au cours de l'année le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester, après les 60 séances de la situation pathologique précédente, et durant la période restante de l'année décrite dans l'alinéa précédent, au maximum 18 prestations mentionnées au § 10 supplémentaires par nouvelle situation pathologique, avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an. Si la nouvelle situation pathologique correspond à l'une des situations décrites dans le dernier alinéa du présent paragraphe, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester, après les 60 séances pour la situation pathologique précédente, et durant la période restante de l'année, au maximum 60 prestations mentionnées au 2<sup>ème</sup> alinéa du présent paragraphe supplémentaires.



Cette demande doit être accompagnée d'un rapport du médecin traitant décrivant les situations pathologiques successives ainsi que la date de leurs manifestations. La demande doit être introduite par un courrier adressé personnellement au médecin-conseil. Les prestations supplémentaires ne peuvent être portées en compte avant d'avoir été autorisées par le médecin-conseil. Ce dernier est censé avoir accordé son autorisation s'il n'a pas notifié de décision de refus ou demandé un complément d'information dans le délai de 14 jours qui suivent l'expédition de la demande, le cachet de la poste faisant foi. La notification de la décision de refus est adressée, par lettre recommandée à la poste, au bénéficiaire avec copie au kinésithérapeute.

Par nouvelle situation pathologique, il faut entendre une situation apparue postérieurement à la mise en route du traitement de kinésithérapie, réalisé au cours de la même année calendrier et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

Si au début du traitement, le kinésithérapeute atteste des prestations avec une durée globale moyenne de 30 minutes ou une durée de minimum 20 minutes du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, parce qu'il n'est pas encore clair à ce moment si la situation pathologique correspond à une situation décrite au dernier alinéa du présent paragraphe, il faut tenir compte de ces prestations dans le cadre du maximum de 60 prestations visé au 2<sup>ème</sup> alinéa du présent paragraphe.

Le traitement et la fréquence maximale doivent avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes - organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

Une notification de traitement d'une situation pathologique visée dans le présent paragraphe sera adressée par le kinésithérapeute par courrier personnel au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, au plus tard 10 jours civils après le jour de la première prestation visée au § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, pour cette situation pathologique.

Si le délai de 10 jours civils n'est pas respecté, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les prestations effectuées à partir du jour qui suit l'envoi du formulaire. Le cachet de la poste fait foi de la date d'envoi. En cas de non-respect du délai de 10 jours, le médecin-conseil peut néanmoins décider de prendre le traitement en charge à partir de la première séance. Cette décision ne peut être prise qu'après que le dispensateur ait transmis par écrit une motivation acceptable justifiant la notification tardive.

Cette notification doit comprendre au moins les données d'identification du patient (le nom, le prénom, la date de naissance et le numéro d'inscription à l'organisme assureur), les données d'identification du kinésithérapeute (le nom, le prénom, le numéro d'agrément), la date du début du traitement, le libellé d'une des situations pathologiques décrites au dernier alinéa de ce paragraphe et une déclaration du kinésithérapeute attestant qu'il dispose des éléments démontrant que le patient se trouve dans une situation décrite au présent paragraphe.

Dans cette notification, le kinésithérapeute confirme qu'il dispose d'une prescription correcte pour le traitement de l'une des situations visées dans le dernier alinéa du présent paragraphe, et qu'il a pris connaissance des standards de soins fixés par le Comité de l'assurance. Une copie de la prescription ainsi que les éléments indiquant que le patient se trouve dans une situation décrite dans le dernier alinéa, doivent être conservés dans le dossier.

Un modèle de formulaire peut être établi par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes - organismes assureurs.

Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe :

- a) Affection posttraumatique ou postopératoire qui exige un traitement de kinésithérapie plus long. Situations dans lesquelles des prestations de l'article 14, k) (orthopédie), I (prestations chirurgicales) et III, sont attestées et pour lesquelles la somme de ces prestations correspond à une valeur de N200 ou plus;
- b) Situations dans lesquelles les prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045 (article 13, § 1<sup>er</sup> de la nomenclature (réanimation)) ont été attestées pour des bénéficiaires qui ont été hospitalisés ;
- c) Situations dans lesquelles les bénéficiaires ont été admis dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs (code 49) sur la base de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée, ou dans un service N pour prématurés et nouveaux-nés faibles (code 27);
- d) Insuffisance respiratoire :
  1. pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- et bronchomalacie ou d'infections récidivantes des voies respiratoires inférieures au moins initialement démontrées par imagerie médicale;
  2. pour des bénéficiaires qui répondent aux critères de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile;
- e) Neuropathie avec déficit moteur et invalidité suite à :
  1. une mononeuropathie (en particulier pied tombant ou main tombante);
  2. polyneuropathie motrice ou mixte.

Le déficit moteur est quantifié par un test musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on objective un score de 3 ou moins. Une consultation chez un spécialiste et les examens diagnostiques nécessaires, dont des tests neurophysiologiques, auront eu lieu préalablement. Lorsque dans le rapport médical, la cause de la neuropathie et l'image clinique sont claires, en particulier dans les domaines du diabète et des abus d'alcool, le traitement peut être entrepris sans autre investigation neurophysiologique. Le rapport médical susmentionné doit être conservé dans le dossier;

- f) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche :

Pour les personnes de plus de 70 ans, présentant une fragilité persistante, à objectiver par le médecin traitant et le kinésithérapeute au moyen des caractéristiques suivantes :

- chutes récurrentes ou présence d'une fracture ostéoporotique combinée avec deux des résultats de tests suivants :
- trouble de la marche ou de la capacité d'effort, à documenter par un test de marche de 6 minutes sur une distance à parcourir de moins de 350 mètres;

- diminution de la puissance musculaire, à documenter par une puissance de poigne inférieure à 40 kP dans la main dominante;
- trouble de la marche et de l'équilibre, à documenter par un test Tinetti avec un score inférieur à 20/28.

L'objectivation se fait avec un bilan extensif avec rapport médical et kinésithérapeutique, signé par le médecin traitant et le kinésithérapeute. Ce bilan contient entre autre l'indication pour les exercices, la description de l'état locomoteur à l'aide des tests décrits ci-dessus, la mention de la comorbidité et de l'usage de médicaments, la motivation de la personne âgée et la description détaillée du programme d'entraînement;

g) Troubles du développement psychomoteur :

1. chez les enfants de moins de 16 ans, après avis d'un spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé;
2. chez les enfants jusqu'à 18 mois inclus, présentant des troubles manifestes cliniques du développement établis à l'aide d'une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

h) Syndrome de fatigue chronique/fibromyalgie :

1. pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique, si pendant ou après une prise en charge dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, la continuation d'une thérapie d'exercices graduelle est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.
2. pour les patients souffrant de fibromyalgie, si un programme d'exercices kinésithérapeutiques fait partie du plan de traitement établi par l'équipe multidisciplinaire d'un centre de douleur chronique. Comme règle de transition et en attendant que des centres de référence de douleur chronique fonctionnent, les centres de douleur multidisciplinaires peuvent prendre le rôle de centre de référence de douleur chronique.

La nature et la fréquence du programme d'exercice est en accord avec le concept stipulé dans le plan de traitement convenu entre le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire du centre de référence.

**§ 15.** La séance pour laquelle une "durée globale moyenne" d'apport personnel du kinésithérapeute est définie peut être scindée en plusieurs périodes. Il doit en être fait mention au dossier.

**§ 16.** Le montant des honoraires des séances visées au § 1<sup>er</sup> du présent article couvre également les frais d'utilisation éventuelle des appareillages et produits qui font normalement partie des prestations effectuées.

**§ 17.** Sauf dans les cas prévus aux §§ 3bis, 11 et 12, par bénéficiaire, les prestations visées au § 1<sup>er</sup> ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par journée.

**§ 18.** Sauf dans les cas prévus aux §§ 10 et 14, l'intervention de l'assurance soins de santé n'est pas subordonnée à l'accord préalable du médecin-conseil.

Ce dernier peut cependant vérifier a posteriori le bien fondé de cette intervention. Il peut, à tout moment :

- 1° prononcer une opposition motivée à l'octroi d'une intervention de l'assurance soins de santé. Il la notifie, par lettre recommandée à la poste, au bénéficiaire avec copie au kinésithérapeute.

Jusqu'à une éventuelle autre décision, cette opposition vaut refus d'intervention pour toutes les prestations ultérieures. Ce refus d'intervention prend cours au plus tôt à partir du 2<sup>ème</sup> jour ouvrable suivant la date de l'envoi de sa notification, le cachet de la poste faisant foi;

- 2° prononcer, avec effet rétroactif, des refus motivés, basés sur le non-respect des dispositions de la nomenclature ou apporter toute modification, motivée par le non-respect des dispositions de ladite nomenclature, aux numéros de code de la nomenclature attestés par le kinésithérapeute.

**§ 19.** Par dispensateur, il ne peut être porté en compte en moyenne par journée que 30 prestations, dont maximum 20 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée. Ces nombres moyens journaliers s'évaluent sur une période d'activité effective qui ne peut être inférieure à trois mois et qui tient compte des journées d'activité effective comme inscrit dans les dossiers kinésithérapeutiques et/ou le registre pour l'ensemble des prestations et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

Pour la détermination du nombre moyen de prestations par journée, la prestation d'une durée de minimum 60 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute vaut deux prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.

**§ 20.** Les prestations visées au présent article § 1<sup>er</sup> ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes titulaires d'un agrément conformément à l'article 71 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Les prestations visées aux rubriques I et II du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 4° et 5° ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes titulaires d'un agrément spécial soumis à des normes d'installation définies à l'article 73 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Lorsque la prescription de kinésithérapie porte sur plus de 10 séances, l'attestation peut être établie et remise au bénéficiaire chaque fois qu'une série de 10 séances est atteinte.

**§ 21.** Aucune attestation de soins ne peut être établie pour les prestations effectuées par une personne non agréée comme kinésithérapeute qui se substitue à un kinésithérapeute agréé, même en la présence de dernier.

Cependant, le kinésithérapeute agréé chargé de la formation pratique de l'étudiant en kinésithérapie peut attester les prestations effectuées sous sa direction, avec sa participation continue pendant tout le temps de leur réalisation par un stagiaire; cette possibilité est limitée à un seul stagiaire par kinésithérapeute agréé par prestation exécutée ou attestée.

Il faut entendre par stagiaire, un étudiant en kinésithérapie en dernière année de sa formation ou un étudiant en sciences de la rééducation fonctionnelle et kinésithérapie en avant dernière et en dernière année de sa formation.

En aucun cas, le stagiaire ne peut se substituer au kinésithérapeute agréé.

Les prestations ainsi dispensées seront inscrites comme telles dans le registre des prestations prévu à l'arrêté royal du 25 novembre 1996 fixant les modalités de tenue d'un registre de prestations par les dispensateurs de soins visés à l'article 76 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et déterminant les amendes administratives applicables en cas d'infraction à ces dispositions, lequel comportera à cet effet l'identité du stagiaire, son école ou son université et son année d'étude.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du

2002.

Par le Roi :  
Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions

Frank VANDENBROUCKE.