

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Tél. : 02/739.78.32

Fax :

E-mail : kine@riziv.fgov.be

Vos références : 1250/OMZ-CIRC/KINE03-1F

Bruxelles, 28 décembre 2002

1. **Modifications à la nomenclature à partir du 1^{er} janvier 2003.**
2. **Notification du traitement d'une situation pathologique visée dans l'article 7, § 14, de la nomenclature (liste F).**
3. **Pathologies lourdes (liste E) : report de la date limite de validité des accords donnés avant le 1^{er} septembre 2002.**
4. **Adaptation de la réglementation sur le registre de prestations.**
5. **Le maximum à facturer et l'intervention personnelle.**
6. **Nouvelles procédures d'agrément.**
7. **Indexation des tarifs à partir du 1^{er} janvier 2003.**

Madame

Monsieur

1. **Modifications à la nomenclature à partir du 1^{er} janvier 2003**

Quelques modifications à la nomenclature sont introduites à partir du 1^{er} janvier 2003. Vous trouverez en annexe 1 le texte de l'article 7 de la nomenclature (kinésithérapie), dans lequel les différences avec le texte actuel sont signalées en grisé.

Les principales modifications sont les suivantes :

- **'Liste F'**

La 'Liste F' est étendue et une distinction est faite entre les situations pathologies 'aiguës' et 'chroniques'.

Le tableau ci-dessous présente de manière schématique les principales caractéristiques de ces deux sortes de situations F.

Annexe : 4

	Situations aiguës	Situations chroniques
Numéros de nomenclature	voir § 1 ^{er} , 5°	voir § 1 ^{er} , 6°
Liste des situations	voir § 14, 5°, A	voir 14, 5°, B
Grandes séances avec intervention maximale	60 par année 'mobile' (débutant à la date de la 1 ^{ère} prestation)	60 par année civile (du 1/1 au 31/12 inclus)
Formulaire de notification	"Annexe 92a"	"Annexe 92b"
La notification couvre	1 année (débutant à la date de la 1 ^{ère} prestation)	Au minimum 2 ans, au maximum 3 ans

Les anciens numéros de code pour les prestations de la liste F sont tous remplacés par de nouveaux numéros.

En ce qui concerne les notifications, vous trouverez des informations supplémentaires au point 2 de la présente circulaire.

- La prestation 'Rapport écrit'

La prestation 'Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit' est dotée d'un nouveau libellé, à savoir 'Rapport écrit'. Les règles d'applications sont reformulées (§ 3bis et § 5). Pour les situations F 'aiguës', cette prestation peut être portée en compte 1 fois par situation pathologique. Il est également précisé quand ce rapport écrit doit être communiqué au prescripteur.

- Les prestations effectuées au domicile du bénéficiaire

Ces prestations ne peuvent être attestées que si le médecin prescripteur a expressément mentionné sur la prescription que le patient ne peut quitter son domicile pour des raisons médicales ou sociales (§ 9bis).

- Demandes de séances supplémentaires en cas de nouvelles situations pathologiques

La demande de grandes séances supplémentaires avec intervention maximale peut maintenant être accompagnée, soit d'un rapport du médecin traitant, soit d'un rapport du kinésithérapeute. Le contenu de ces rapports est fixé aux § 10 et § 14, 2°.

Le § 14, 2°, mentionne, lorsqu'une situation F intervient, les différentes combinaisons de situations pathologiques successives et les séances supplémentaires possibles dans chaque cas.

Explications supplémentaires

- Le 1^{er} janvier 2003, le comptage du nombre de grandes séances avec intervention maximale repart de 0.
- La Commission de convention a décidé d'adapter la liste des prestations pour lesquelles les honoraires sont libres mais plafonnés (article 4, § 1^{er}, de la convention nationale) aux nouveaux numéros de code de la nomenclature.

Le kinésithérapeute conventionné peut donc fixer librement ses honoraires pour les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 560615, 563054, 563150, 563253, 563356, 563452, 563533, 563651, 563754, 563850, 563953, 564056, 564130, mais sans toutefois dépasser les honoraires pour la grande séance correspondante avec intervention maximale.

2. Notification du traitement d'une situation pathologique visée dans l'article 7, § 14, de la nomenclature (liste F)

Les notifications introduites en 2002 ne sont plus valables pour 2003. Pour poursuivre un traitement, il est par conséquent nécessaire d'introduire une nouvelle notification auprès du médecin-conseil. La date de début de traitement à mentionner sur la nouvelle notification, est la date de la 1^{ère} prestation en 2003.

La notification doit être transmise au médecin-conseil au plus tard **vingt** jours civils après le jour de la première prestation.

En raison de la distinction entre les situations F 'aiguës' (§ 14, 5°, A) et 'chroniques' (§ 14, 5°, B), 2 formulaires sont d'application à partir du 1^{er} janvier 2003.

En annexe 2, vous trouverez un modèle de formulaire pour les situations 'aiguës' ("Annexe 92a").

En annexe 3, vous trouverez un modèle de formulaire pour les situations 'chroniques' ("Annexe 92b").

(Vous pouvez utiliser une reproduction exacte et complète. La reproduction du formulaire est possible par photocopie ou par les moyens de bureautique).

La notification porte :

- pour les situations F 'aiguës', sur une période d'1 an à compter de la date de la première prestation du traitement (exemple : la 1^{ère} prestation est dispensée le 10 janvier 2003, la notification porte sur la période allant du 10 janvier 2003 au 9 janvier 2004) ;
- pour les situations F 'chroniques', sur une période allant jusqu'à la fin de la 2^{ème} année civile qui suit l'année de la 1^{ère} prestation (ou de la 1^{ère} prestation après une prolongation) du traitement (exemple : la 1^{ère} prestation est dispensée le 10 janvier 2003, la notification couvre la période allant du 10 janvier 2003 au 31 décembre 2005).

Comme auparavant, les éléments prouvant que le patient se trouve dans la situation concernée doivent être conservés dans le dossier. Ces éléments (par exemple un avis d'un spécialiste) peuvent être antérieurs à 2003, mais bien sûr uniquement s'ils s'appliquent encore à la situation indiquée dans la nouvelle notification.

3. Pathologies lourdes (liste E) : report de la date limite de validité des accords donnés avant le 1^{er} septembre 2002

Dans la circulaire aux kinésithérapeutes n° 2002/5 du 13 septembre 2002, quelques modifications ont été communiquées en ce qui concerne la liste des affections lourdes, ainsi que la procédure à suivre. Une de ces modifications portait sur la durée de certains accords donnés par le médecin-conseil.

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions a l'intention de reporter du 28 février 2003 au 30 septembre 2003 la date limite de validité des accords donnés avant le 1^{er} septembre 2002.

4. Adaptation de la réglementation sur le registre de prestations

A partir du 1^{er} janvier 2003, les éléments suivants doivent figurer dans le registre de prestations (en plus de ceux qui sont déjà obligatoires) :

- les prestations effectuées par le dispensateur de soins sous la surveillance du médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie ;
- le lieu de chaque prestation effectuée par le dispensateur de soins sous la surveillance du médecin spécialiste en médecine physique ou en physiothérapie.

5. Le maximum à facturer et l'intervention personnelle

L'intervention personnelle concernant les prestations de kinésithérapie est prise en considération pour le maximum à facturer. Pour les grandes séances avec une intervention plus faible après 18 séances (affections 'courantes') ou 60 (situations de la liste F) séances avec intervention maximale, il est stipulé que le montant inscrit dans le maximum à facturer est égal au montant inscrit dans le maximum à facturer pour la grande séance avec intervention maximale.

Sur les attestations de soins donnés, les éléments suivants doivent figurer dans la case "Montant M.B.21.1.94" :

- soit le montant des honoraires payés par le bénéficiaire ;
- soit le mot "OUI" si le bénéficiaire a payé l'intégralité de l'intervention personnelle réglementaire ;
- soit le mot "NON" si le bénéficiaire n'a pas payé d'intervention personnelle.

Pour les grandes séances avec une intervention réduite après 18 séances ou 60 séances avec intervention maximale, le kinésithérapeute pourra mentionner le mot "OUI" s'il a perçu l'intégralité du montant qui est pris en considération dans le cadre du maximum à facturer.

6. Nouvelles procédures d'agrément

Suite à l'AR du 15 avril 2002, les agréments des kinésithérapeutes sont effectués depuis le 1^{er} octobre 2002 par une Commission d'agrément instituée auprès du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et non plus auprès de l'INAMI.

La demande d'agrément doit être introduite au moyen d'un formulaire que vous pourrez trouver sur le site internet suivant : www.health.fgov.be/AGP. Envoyez ce formulaire – dûment complété, signé et accompagné des annexes nécessaires – par lettre recommandée à l'adresse suivante :

*SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction générale des Professions de santé, de la vigilance sanitaire et du bien-être au travail
Agrément Kinésithérapeutes
Cité administrative de l'Etat, bureau 612
Boulevard Pachéco 19, bte 5
1010 Bruxelles.*

Vous pouvez également demander le formulaire par écrit à la même adresse.

Si vous êtes agréé, la Commission d'agrément en informe l'INAMI. Au besoin, l'INAMI vous attribuera un numéro d'identification. Vous en serez informé par écrit.

Les kinésithérapeutes qui sont déjà agréés par l'INAMI ont jusqu'au 30 septembre 2003 pour introduire une demande d'agrément auprès du SPF. Pendant cette période transitoire, et tant qu'aucune décision n'est prise sur leur demande, ils peuvent continuer à exercer la kinésithérapie.

A la demande d'agrément, adressée au SPF, peut être joint un formulaire dans lequel le kinésithérapeute déclare disposer d'un cabinet répondant aux conditions visées au § 20 de la nomenclature. Vous ne devez pas faire un envoi séparé pour l'INAMI.

ATTENTION : toutes les modifications ultérieures de cette déclaration doivent être communiquées à l'INAMI, exclusivement.

Le § 20 de la nomenclature a été modifié de telle sorte qu'il y est fait référence à l'AR du 15 avril 2002 et que les anciennes conditions pour l'obtention d'un agrément B y sont reprises.

En ce qui concerne le remboursement des prestations de kinésithérapie, les anciens principes restent d'application :

- les kinésithérapeutes qui ont déclaré satisfaire aux conditions relatives au cabinet peuvent attester toutes les prestations ;
- les kinésithérapeutes qui n'ont pas rempli cette déclaration ne peuvent pas attester les prestations au cabinet ou au domicile des patients.

Pour les kinésithérapeutes qui ont été agréés par l'INAMI avant le 1^{er} octobre 2002, la situation reste inchangée pendant la période transitoire d'un an (fixée dans l'article 9, §2, de l'AR du 15 avril 2002) et ce, jusqu'à ce que le SPF leur octroie un agrément.

Vous pouvez obtenir plus d'informations sur les agréments à l'adresse susvisée du SPF.

7. Indexation des tarifs au 1^{er} janvier 2003

Le 1^{er} janvier 2003, les valeurs de la lettre-clé M seront indexées de 1,97%. Vous trouverez les nouveaux tarifs en annexe 4.

* * *

Je vous remercie pour la collaboration que vous apportez au système d'assurance soins de santé et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Fonctionnaire dirigeant

F. PRAET
Directeur général.