

Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

## 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°, 5° ou 6° 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

<sup>(2)</sup> Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

<sup>(3)</sup> 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	24
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	24

**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	24
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	Rapport écrit .....	M	34,62
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	Rapport écrit .....	M	34,62
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	Rapport écrit .....	M	34,62
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	Rapport écrit.....	M	34,62
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	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	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 24

#### **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	24
--------	---	---	----

#### **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, 5°, A du présent article.

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

563010	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes.....	M	24
563032	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
563054	Lorsque la séance 563010 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
563076	Rapport écrit .....	M	34,62
563091	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24

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

563113	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
563135	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
563150	Lorsque la séance 563113 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
563172	Rapport écrit.....	M	34,62
563194	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.**

563216	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
563231	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
563253	Lorsque la séance 563216 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
563275	Rapport écrit.....	M	34,62
563290	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24

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

563312	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
563334	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
563356	Lorsque la séance 563312 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
563371	Rapport écrit.....	M	34,62
563393	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24

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

563415	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	14,5
563430	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes.....	M	8
563452	Lorsque la séance 563415 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
563474	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.**

563496	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	14,5
563511	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes.....	M	8
563533	Lorsque la séance 563496 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
563555	Rapport écrit .....	M	14,5

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

563570	563581	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
563592	563603	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10

6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au §14, 5°, B du présent article.

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

563614	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
563636	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
563651	Lorsque la séance 563614 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
563673	Rapport écrit .....	M	34,62
563695	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif .....	M	24

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

563710	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
--------	---	---	----

563732	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563754	Lorsque la séance 563710 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
563776	Rapport écrit	M	34,62
563791	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.**

563813	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563835	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563850	Lorsque la séance 563813 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
563872	Rapport écrit .....	M	34,62
563894	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif.....	M	24

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

563916	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	24
563931	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes .....	M	10
563953	Lorsque la séance 563916 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
563975	Rapport écrit .....	M	34,62
563990	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif.....	M	24

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

564012	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	14,5
--------	---	---	------

564034	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes.....	M	8
564056	Lorsque la séance 564012 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
564071	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.**

564093	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes .....	M	14,5
564115	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes.....	M	8
564130	Lorsque la séance 564093 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
564152	Rapport écrit .....	M	14,5

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

564174	564185	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes .....	M	22
564196	564200	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 la prestation "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. 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 18 par prescription pour les prestations du § 1er, 1°, I, II, III, V, VI, 3°, I, II, III, V, VI. Le nombre de séances prescrites ne peut être supérieur à 9 par prescription pour les prestations du § 1er, 4°. Le nombre de séances prescrites ne peut être supérieur à 60 par prescription pour les prestations du § 1er, 1°, IV, 2°, 3°, IV, 5° et 6°.

### **§ 3bis.**

#### **1° Règles d'applications pour la prestation "rapport écrit".**

Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071 et 564152 ne peuvent être attestées qu'une fois par année civile.

Les prestations 563076, 563172, 563275, 563371, 563474 et 563555 ne peuvent être attestées qu'une fois par situation pathologique.

Elle ne doit pas être prescrite.

Elle peut être attestée dès la première séance et est cumulable avec une séance individuelle de kinésithérapie.

Le rapport écrit doit être transmis au médecin prescripteur :

- à la fin du traitement de l'une des situations pathologiques visées au § 14, 5°, A;
- au moins une fois par année civile dans le cas du traitement d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B et au § 11;

Le rapport écrit doit comprendre :

- La mention de l'affection traitée en référence à la prescription médicale.
- La synthèse de l'examen kinésithérapeutique établi en début de traitement.
- Le résumé succinct du traitement réalisé et de l'évolution du patient.
- Le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé.

Une copie du rapport écrit doit être conservée au 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, 563076, 563091, 563172, 563194, 563275, 563290, 563371, 563393, 563474, 563555, 563673, 563695, 563776, 563791, 563872, 563894, 563975, 563990, 564071 et 564152.

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 21*bis*, § 4 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

**§ 5.** La rédaction d'un rapport écrit fait partie intégrante des prestations de la nomenclature.

Pour la rédaction d'un rapport écrit qui ne peut pas être porté en compte à l'assurance soins de santé obligatoire, le kinésithérapeute ne peut pas demander d'honoraire .

Nonobstant les dispositions prévues au § 3*bis*, le kinésithérapeute doit adresser un rapport écrit au médecin prescripteur lorsque celui-ci le demande sur base d'une prescription.

**§ 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 ou à l'évaluation 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.

Le terme "traitement" signifie dans ce paragraphe, un ensemble de prestations effectuées dans le cadre d'une même prescription.

**§ 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 ainsi que les données d'identification du médecin prescripteur, les données médicales de la prescription, la synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique, de même qu'une copie des éventuels rapports écrits communiqués au médecin, le plan de traitement et ses modifications, les prestations attestées chaque jour et les dates de chaque séance. Ce dossier peut être établi sous une forme digitalisée.

Le dossier kinésithérapeutique individuel comprend également, le cas échéant, des données indispensables à savoir :

- les modifications à la prescription conformément au § 3, 3°,
- une copie du formulaire de notification pour le traitement d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, et les éléments qui démontrent que le patient se trouve dans une situation décrite dans ce § 14, 5°,
- la scission des prestations conformément au § 15,
- la motivation de la nécessité d'une deuxième séance effectuée aux bénéficiaires visés au § 11,
- la copie de la prescription justifiant une deuxième séance la même journée pour les patients visés au § 12,
- le rapport médical qui démontre qu'une infirmité motrice cérébrale a débuté avant le 7ème anniversaire conformément au § 11.

Le même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

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.

**§ 9bis.** 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 pour des raisons médicales ou sociales.

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>.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, toute prestation qu'il dispense à un patient ne se trouvant pas dans une des situations visées aux §§ 11, 12 ou 13, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5<sup>o</sup>, du présent article.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 560011, 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 le 1<sup>er</sup> mai 2002 et qui dépassent le nombre précité, le remboursement prévu reste néanmoins dû.

Si au cours de l'année civile, le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique, pour lequel le traitement doit être attesté au moyen des prestations du §1,1<sup>o</sup> 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 :

- soit d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et les dates d'apparition ;
- soit d'un rapport du kinésithérapeute qui fait le relevé des situations pathologiques successives et mentionne leurs dates d'apparition, rapport établi sur base des prescriptions médicales des traitements de ces situations pathologiques ; des copies de ces prescriptions sont jointes au rapport.

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. Si le médecin-conseil demande un complément d'information au médecin traitant, il communique une copie de cette demande au kinésithérapeute. 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) ou un service N\* de soins néonataux intensifs (code 19) ou un service NIC pour nouveaux-nés faibles (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<sup>o</sup> 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 une copie de 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<sup>er</sup>, 5° et 6°

1° Sauf si le bénéficiaire est hospitalisé, le kinésithérapeute est tenu :

- d'attester au moyen des prestations visées au § 1<sup>er</sup>, 5°, toutes les prestations qu'il effectue en vue de traiter une des **situations pathologiques** décrites au 5°, A., du présent paragraphe ;
- d'attester au moyen des prestations visées au § 1<sup>er</sup>, 6°, toutes les prestations qu'il effectue en vue de traiter une des **situations pathologiques** décrites au 5°, B., du présent paragraphe.

2° Les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 et 563570 peuvent être attestées au maximum 60 fois par situation pathologique, sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation. **Après cette période d'un an, cette situation pathologique ne sera plus considérée comme une situation pathologique visée au § 14, 5°, A.**

**Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 et 563570 peuvent être attestées au maximum 120 fois par situation pathologique, pour les situations visées au § 14, 5°, A, j), sur la période de un an à partir de la date de la première prestation.**

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 ou 564174 peuvent être attestées, par bénéficiaire, au maximum 60 fois par année civile. Pour l'application de la présente disposition, une année civile commence le 1<sup>er</sup> janvier et se termine le 31 décembre.

Si le bénéficiaire pour lequel une notification d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, A a été introduite auprès du médecin-conseil, est atteint, au cours de l'année qui suit la première prestation prévue au § 14, 2°, premier alinéa, d'une nouvelle situation pathologique, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation :

- soit d'attester au maximum 18 prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534 ou 560571 supplémentaires par nouvelle situation pathologique, avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an, au cours de la période restante de l'année civile en cours ;

- soit d'attester au maximum 60 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A de ce paragraphe, au cours d'une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique ; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée.

Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j) de ce paragraphe, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 120 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires, au cours d'une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée.

- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 ou 564174 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B de ce paragraphe, au cours de la période restante de l'année civile en cours.

Si le bénéficiaire pour lequel une notification d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B a été introduite auprès du médecin-conseil, est atteint, au cours de l'année civile, d'une nouvelle situation pathologique, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation

- soit d'attester au maximum 18 prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534 ou 560571 supplémentaires par nouvelle situation pathologique, avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an, au cours de la période restante de l'année civile en cours ;
- soit d'attester au maximum 60 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A de ce paragraphe, au cours d'une période d'un an à partir de la date de la première prestation, comme il est prévu au § 14, 2°, premier alinéa.

Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j), le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 120 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires, au cours d'une période d'un an à partir de la date de la première prestation, comme il est prévu au § 14, 2°, premier alinéa.

- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 ou 564174 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B de ce paragraphe, au cours de la période restante de l'année civile en cours.

Cette demande doit être accompagnée, si nécessaire, de la notification prévue en § 14, 4° et :

- soit d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et les dates d'apparition ;
- soit d'un rapport du kinésithérapeute qui fait le relevé des situations pathologiques successives et mentionne leurs dates d'apparition, rapport établi sur base des prescriptions médicales des traitements de ces situations pathologiques ; des copies de ces prescriptions sont jointes au rapport.

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 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 §1er,1°, parce qu'il n'est pas encore clair à ce moment si la situation pathologique correspond à une situation décrite sous le 5° du présent paragraphe, il faut tenir compte de ces prestations dans le cadre du maximum de 60 prestations visé ci-dessus.

3° 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.

4° Une notification du traitement d'une situation pathologique visée au 5° du présent paragraphe sera adressée par le kinésithérapeute par courrier personnel au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire. L'intervention de l'assurance pour les prestations dans le cadre de ce traitement est due uniquement si le médecin-conseil de l'organisme assureur est en possession d'une notification valide.

Cette notification porte :

- dans le cas d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, A, sur une période d'un an à partir de la date de la 1<sup>ère</sup> prestation ;
- dans le cas d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, jusqu'à la fin de la 2<sup>ème</sup> année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1<sup>ère</sup> prestation du traitement a eu lieu ou au cours de laquelle la 1<sup>ère</sup> prestation qui suit une prolongation de ce traitement a été effectuée.

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 § 14, 5°;
- la confirmation du kinésithérapeute selon laquelle il dispose d'une prescription correcte pour le traitement de l'une des situations visées au § 14, 5°, 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 au § 14,5°, doivent être conservés dans le dossier.

Le modèle de cette notification est 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.

A titre de disposition transitoire, le kinésithérapeute envoie une nouvelle notification pour les situations pathologiques :

- pour lesquelles une notification a été envoyée au médecin-conseil avant le 1<sup>er</sup> janvier 2003, conformément au § 14, 4<sup>o</sup>
- et pour lesquelles le traitement global n'a pas été interrompu, sauf pour raisons médicales
- et qui sont prévues au § 14, 5<sup>o</sup>, A, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Dans ce cas, la notification porte sur une période d'un an à partir de la date de la 1<sup>ère</sup> prestation de 2003.

5<sup>o</sup> Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe :

A. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation c.-à-d. pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4<sup>o</sup> :

a) Affections posttraumatiques ou postopératoires suivantes :

- 1) situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie), I (prestations chirurgicales) et III (arthroscopies diagnostiques et thérapeutiques), sont attestées et pour lesquelles la prestation ou la somme de ces prestations correspond à une valeur de N200 ou plus;
- 2) situations dans lesquelles une prestation de l'article 14, b) (neurochirurgie) est attestée et pour laquelle la prestation correspond à une valeur de K225 ou plus.
- 3) en cas de lésions de la main, situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie) I (prestations chirurgicales) d'une valeur totale de Nx et une prestation de l'article 14, b) (neurochirurgie) d'une valeur de Ky sont effectuées conjointement lorsque le résultat du calcul suivant  $[Nx/N200 + Ky/K225]$  est supérieur ou égal à 1 ;
- 4) situations dans lesquelles une des prestations 226973 – 226984, 226995 – 227006 ou 227054 – 227065 de l'article 14, e) de la nomenclature est attestée (mastectomie ou tumorectomie partielle ou totale avec évidemment ganglionnaire).

Le traitement doit être une conséquence directe de ces interventions. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'intervention, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

b) Situations dans lesquelles les prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045 (article 13, § 1er de la nomenclature (réanimation)) ont été attestées pour des bénéficiaires qui ont été hospitalisés ;

Le traitement doit être une conséquence directe de cette hospitalisation . Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'intervention ou l'hospitalisation, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

c) Situations dans lesquelles les bénéficiaires ont été admis :

- soit dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs (code 49);
- soit dans un service N\* pour prématurés (code 19) ;
- soit dans un service NIC pour nouveau-nés faibles (code 27);

Le traitement doit être une conséquence directe de l'hospitalisation. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'hospitalisation, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

d) Insuffisance respiratoire pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- ou bronchomalacie ou d'infections récidivantes des voies respiratoires inférieures.

Cette affection doit être au moins initialement démontrée par imagerie médicale.

e) Déficit moteur et invalidité à la suite :

- 1) d'une mononeuropathie (par exemple pied tombant ou main tombante);
- 2) d'une polyneuropathie motrice ou mixte.

Pour les situations 1 et 2 ci-dessus, le déficit moteur est quantifié par un test manuel de force musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on attribue 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.

- 3) Myopathie induite par médication ou par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques.

Myopathie induite par usage de corticostéroïdes (excepté les onguents et les stéroïdes en inhalation), cytostatiques, aminoglycosides ou statines, ou induite par un contact aigu ou chronique avec des substances toxiques.

Le diagnostic d'une myopathie induite par médication doit être posé par un médecin-spécialiste qui atteste le contact et l'association temporaire avec la médication.

Le déficit moteur doit toujours être objectivé par un test de force musculaire standard. Le résultat de ce test doit se situer sous les 70% de la valeur normale. C'est le médecin spécialiste qui exécute le test selon une méthode validée avec un instrument de mesure fiable et qui détermine si le résultat se situe sous les 70 % de la valeur normale. Le résultat du test de force musculaire doit toujours être mentionné.

Le diagnostic d'une myopathie induite par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques doit, en plus de ce qui est prévu à l'alinéa précédent, être étayé par un examen électromyographique.

Les bilans de début et de fin de traitement doivent être conservés dans le dossier individuel.

- f) Situations dans le domaine de l'orthopédie – traumatologie :
- 1) fracture vertébrale qui a nécessité une immobilisation par plâtre, corset ou orthèse d'au moins trois semaines;
  - 2) fracture du bassin qui nécessite une immobilisation ou une décharge totale ou partielle d'au moins trois semaines;
  - 3) fracture de la rotule, du plateau tibial, de la tête humérale, du coude ou fracture intra-articulaire à la hauteur des membres, qui ont nécessité une immobilisation d'au moins trois semaines;
  - 4) luxation du coude, de la hanche, de la prothèse de hanche ou de l'articulation de l'épaule ou de la prothèse de l'épaule ;
  - 5) entorse grave du genou avec rupture totale ou partielle d'un ou de plusieurs ligaments.

- g) Capsulite rétractile (frozen shoulder) caractérisée par un schéma capsulaire (limitation glénohumérale du mouvement).

Le schéma capsulaire suit l'ordre suivant : rotation externe – abduction – rotation interne.

Le résultat de l'examen est considéré positif si :

- le mouvement est limité dans trois directions (avec au moins une plus grande résistance à la fin du mouvement) et l'ordre mentionné est reconnaissable
- l'abduction glénohumérale est limitée à 70° au moins.

Le côté sain est utilisé comme norme de comparaison.

Les bilans de début et de fin de traitement doivent être conservés dans le dossier individuel.

- h) Situations nécessitant une rééducation uro-, gynéco-, colo- ou proctologique :
- 1) Neuropathie avérée, tant chez les femmes que chez les hommes
  - 2) Rééducation postopératoire du dysfonctionnement sphinctérien après :
    - (01) Prostatectomie radicale ou adénomectomie.
    - (02) Cystectomie totale avec entéro-cystoplastie chez des patients présentant une incontinence urinaire et/ou un déficit de sensibilité de réplétion vésicale.
    - (03) Amputation d'une partie du système digestif avec maintien du sphincter anal.
    - (04) Prolapsus vésical, rectal ou utérin après intervention chirurgicale.
  - 3) Pathologies fonctionnelles de l'enfant jusqu'au 16<sup>ième</sup> anniversaire dues à des dysfonctionnements ou des malformations :
    - (01) Infections urinaires pouvant constituer une menace pour le haut appareil urinaire à court et moyen termes :
      - Dyssynergie vésico-sphinctérienne
      - Infections urinaires à répétition
      - Syndrome des valves urétrales post-opératoire
      - Immaturité vésicale.
    - (02) Encoprésie chez l'enfant.



Ces prestations ne peuvent être attestées que si, préalablement, 18 prestations selon le § 1, 1° ont été attestées pour le traitement de cette situation pathologique.

Elles sont prescrites par le médecin spécialiste traitant après que le kinésithérapeute a démontré une nette amélioration des symptômes, au moyen d'un bilan de début et de fin de traitement. Le bilan de début et de fin, ainsi que les résultats de l'examen et l'avis du médecin spécialiste traitant sont conservés dans le dossier individuel de kinésithérapie.

i) **Syndrome Dououreux Régional Complexe (SDRC) de type I (algoneurodystrophie ou maladie de Südeck) ou de type II (causalgie) :**

Le diagnostic du SDRC doit répondre aux critères de l'IASP (International Association for the Study of Pain) et doit être posé par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation. Ce diagnostic signé par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'IASP.

j) **Polytraumatismes, avec des répercussions fonctionnelles invalidantes au niveau de deux membres différents ou au niveau d'un membre et du tronc, dont au moins deux traumatismes répondent aux critères des situations pathologiques définies au § 14, 5°, A, a), 1) ou 2) (affections posttraumatiques ou postopératoires) et/ou au § 14, 5°, A., f) (situations dans le domaine de l'orthopédie – traumatologie).**

B. **Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au §1<sup>er</sup>, 6°, pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4° :**

a) **Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche pour les bénéficiaires à partir de leur 70<sup>ème</sup> anniversaire présentant une fragilité persistante, à objectiver par le médecin traitant et le kinésithérapeute au moyen des caractéristiques suivantes :**

1) chutes récurrentes et/ou présence d'une fracture ostéoporotique

2) combinée avec deux des résultats de tests suivants :

(01)- 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;

(02)- diminution de la puissance musculaire, à documenter par une puissance de poigne inférieure à 0,4 Bar (ou 40 kP) dans la main dominante;

(03)- 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 ;

b) Troubles du développement psychomoteur :

- 1) chez les enfants de moins de 16 ans, après avis et proposition de traitement d'un des médecins spécialistes mentionnés ci-dessous, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé;

Médecin spécialiste en:

- (neuro)pédiatrie
- (neuro)pédiatrie et F et P (\*)
- neuropsychiatrie et F et P (\*)
- neurologie
- neurologie et F et P (\*)
- psychiatrie
- psychiatrie et F et P (\*)

(\*) F et P = spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés.

- 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, qui compte au moins un (neuro)pédiatre.

- c) Insuffisance respiratoire chez les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile.

- d) Polyneuropathie chronique motrice ou mixte ;

Le déficit moteur est quantifié par un test manuel de force musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on attribue 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.

e) **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 graduelle d'exercices est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.

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

f) **Syndrome fibromyalgique:**

Pour pouvoir attester plus de 18 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 ou 564174 par année civile pour cette situation pathologique, le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation sur base d'un examen clinique comprenant les critères de diagnostic de l'ACR (American College of Rheumatology). Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'ACR.

Avant la fin de chaque année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1<sup>ère</sup> prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné réévaluera l'évolution de la symptomatologie du patient afin de confirmer la nécessité de poursuivre le traitement dans le cadre du §14. Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique.

g) Dystonie cervicale primaire démontrée par un rapport diagnostique établi par un médecin-spécialiste en neurologie.

**§ 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, il ne peut être porté en compte, par journée et par bénéficiaire, qu'une seule des prestations figurant au § 1<sup>er</sup>.

**§ 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 ou 20 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 90 jours 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 § 1<sup>er</sup> du présent article ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes titulaires d'un agrément conformément à l'arrêté royal du 15 avril 2002 relatif à l'agrément en qualité de kinésithérapeute et à l'agrément des titres particuliers et des qualifications particulières.

Les prestations visées aux rubriques I et II du 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes qui satisfont aux conditions suivantes :

a) disposer d'un cabinet de kinésithérapie comportant au moins :

- 1° un local, comportant une ou plusieurs cabines, et des installations sanitaires, à usage exclusivement professionnel, qui sont disponibles pendant 38 heures par semaine;
- 2° une salle d'attente;
- 3° du matériel répondant aux normes de sécurité et d'efficacité et permettant d'exécuter dans leur intégralité toutes les prescriptions médicales qui seront acceptées par le ou les kinésithérapeutes qui y exercent;
- 4° un avis destiné aux patients, apposé à un endroit visible, et contenant l'information nécessaire au sujet de la tarification et l'adhésion éventuelle à la convention nationale du ou des kinésithérapeutes qui exercent dans le cabinet de kinésithérapie.

b) avoir introduit auprès du Service des soins de santé une déclaration sur l'honneur mentionnant l'adresse du cabinet de kinésithérapie.

La conformité des cabinets de kinésithérapie aux dispositions susvisées est admise par le Service des soins de santé sur base de la déclaration sur l'honneur visée au point b). Les cabinets de kinésithérapie reconnus conformes sont identifiés par leur adresse. Tout changement d'adresse doit être immédiatement communiqué, par lettre recommandée à la poste, au Service des soins de santé.

Si plusieurs kinésithérapeutes, satisfaisant aux normes d'installation susvisées, se partagent le même cabinet de kinésithérapie, ils sont tenus de le signaler au Service des soins de santé et de joindre à leur déclaration soit une copie de la convention entre kinésithérapeutes indépendants, soit une copie du contrat de travail; cette convention doit préciser les heures au cours desquelles chaque kinésithérapeute peut disposer d'un local et du matériel tels que visés au 2<sup>ème</sup> alinéa a), 1° à 4°.

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, conservent le droit d'attester toutes les prestations mentionnées au § 1<sup>er</sup> du présent article.

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.