

Article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982

§ 1er. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 7, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité et dans le coût des prestations visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée à 40 p.c. des honoraires conventionnels tels qu'ils sont fixés en application des articles 44, §§ 1er et 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ou des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994, ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2, de la loi précitée du 14 juillet 1994, ou de l'article 50, § 11, alinéa 1er, de la loi précitée du 14 juillet 1994 ; toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'article 37, §§ 1er et 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, cette intervention personnelle est fixée à 20 p.c. desdits honoraires.

Cependant, les taux des interventions personnelles cités à l'alinéa 1er du présent paragraphe sont portés respectivement à :

1° 35 p.c. et 17,5 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806 visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

2° 32,08 p.c. et 13,79 p.c. pour la prestation 560313, visée à l'article 7, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

3° 37,3 p.c. et 16,4 p.c. pour les prestations 560335, 560350, 560394, 561492 et 561654, visées à l'article 7, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

4° 37,6 p.c. et 18,8 p.c. pour les prestations 560416, 560501, 560534-560545 et 560571 visées à l'article 7, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

5° 25 p.c. et 10 p.c. pour les prestations visées à l'article 7, § 1er, 5° et 6° de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

§ 2. Les taux des interventions personnelles prévus au paragraphe 1er, sont réduits, pour les prestations visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de médecin spécialiste en rhumatologie ou au titre de médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, respectivement à :

1° 25 p.c. et 10 p.c. pour les prestations telles que mentionnées à l'alinéa 1er du paragraphe 1er;

2° 30 p.c. et 12 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806 telles que mentionnées à l'alinéa 2, 1°, du paragraphe 1er.

§ 3. Les taux des interventions personnelles prévues au paragraphe 1er sont réduits, pour les bénéficiaires visés au présent paragraphe, respectivement à :

1° 25 p.c. et à 10 p.c., pour les prestations telles que mentionnées à l'alinéa 1er du paragraphe 1er;

2° 21,8 p.c. et 8,6 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806, telles que mentionnées à l'alinéa 2, 1°, du paragraphe 1er, et pour la prestation 560313, telle que mentionnée à l'alinéa 2, 2° du paragraphe 1er;

3° 23,5 p.c. et 9,4 p.c. pour les prestations 560416, 560501, 560534-560545 et 560571, telles que mentionnées à l'alinéa 2, 4°, du paragraphe 1er.

4° 20 p.c. et 8 p.c. pour les prestations visées à l'article 7, § 1er, 2°, 5° et 6° de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

La disposition visée à l'alinéa 1er du présent paragraphe est applicable :

1° pour le bénéficiaire hospitalisé ou l'ayant été :

a) lorsqu'il reçoit ou a reçu l'un des traitements de réanimation visés à l'article 13, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

b) lorsqu'il a subi l'une des interventions chirurgicales visées à l'article 14, k), I, § 1er et III, b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, dont la valeur relative est égale ou supérieure à N 200, à l'exclusion de la prestation 280092 – 280103;

c) lorsqu'il a subi l'une des interventions chirurgicales visées à l'article 14 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, dont la valeur relative est supérieure à K 225 ou à N 375;

d) lorsqu'il a subi une des prestations 226936 - 226940 N 300 visées à l'article 14, e), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

2° pour le bénéficiaire à l'hospitalisation duquel il a été mis fin, mais à qui une allocation pour l'assistance aux actes de la vie journalière est octroyée;

3° pour le bénéficiaire qui a un besoin accru de kinésithérapie ou physiothérapie pour une des affections suivantes :

a) paralysie périphérique étendue: monoplégie, syndrome de Guillain Barré;

b) affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu comme, par exemple, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et la sclérose latérale amyotrophique, ...;

c) séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (comme par exemple, infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", hémiplégié, spina bifida, syndrome cérébelleux, ...);

d) suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive;

e) 1. perte fonctionnelle importante d'un membre suite à une agénésie du membre ou à une dysmélie affectant l'anatomie de ses différents segments;

2. perte fonctionnelle globale d'un membre suite à une amputation, pendant la période d'adaptation;

3. perte fonctionnelle globale post-traumatique d'un membre, pendant la période évolutive;

f) pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans;

g) dysfonction articulaire grave résultant de :

1. hémophilie ;

2. maladies héréditaires du tissu conjonctif (ostéogénèse imparfaite de type III et IV, syndrome d'Ehlers-Danlos, chondrodysplasies, syndrome de Marfan);

3. scoliose évolutive de 15° au moins d'angle de courbure (ou angle de Cobb) chez des bénéficiaires en dessous de 18 ans;

4. arthrogrypose;

h) polyarthrites chroniques inflammatoires d'origine immunitaire :

1. arthrite rhumatoïde

2. spondyloarthropathies

3. arthrite rhumatoïde juvénile

4. lupus erythémateux
5. sclérodermie
6. syndrome de Sjögren primaire,

selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie;

i) myopathies :

1. dystrophies musculaires progressives héréditaires;
2. myotonie congénitale de Thomsen;
3. polymyosite auto-immune;

j) 1. mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivées;

2. bronchiectasies hyperproductives objectivées;

3. affections pulmonaires chroniques irréversibles obstructives ou restrictives avec des valeurs de volume expiratoire maximum-seconde inférieures ou égales à 60 p.c. mesurées à un intervalle d'au moins un mois; chez l'enfant de moins de 7 ans, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un rapport motivé du spécialiste traitant;

4. infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie;

5. dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours. La demande motivée du pédiatre traitant comportera notamment le rapport d'hospitalisation en service N;

k) lymphoedème :

1. en cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphoedème post-radiothérapeutique ou post-chirurgical répondant aux critères suivants :

1.1. soit une périmétrie effectuée sur l'ensemble du membre ou une volumétrie de la main ou du pied montre une différence par rapport au membre controlatéral de +10%. Ces mesures doivent être effectuées selon les protocoles fixés par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs;

1.2. soit une lymphoscintigraphie en trois temps atteste de la gravité du diagnostic avec présence d'un critère majeur selon la classification lymphoscintigraphique des œdèmes des membres visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cette classification est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs;

2. pour tous les autres types de lymphoedème, une lymphoscintigraphie en trois temps doit attester du diagnostic avec présence d'un critère majeur selon la classification lymphoscintigraphique des œdèmes visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cependant, lorsqu'il s'agit d'un lymphoedème cervico-facial, ou lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de moins de 14 ans pour lesquels la réalisation d'une lymphoscintigraphie en trois temps n'est pas indiquée, ou en cas d'impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en trois temps, une lymphoscintigraphie n'est pas exigée. Néanmoins, un rapport motivé justifiant le diagnostic et la nécessité des soins doit être envoyé par le médecin spécialiste au médecin-conseil. Ce dernier transférera, s'il le juge utile, ce dossier pour avis au Collège des médecins-directeurs;

l) anomalie structurelle du système locomoteur, occasionnant de graves troubles fonctionnels, sur base d'une affection rare, autrement dit dont la prévalence est inférieure à 5 pour 10.000 habitants. Cette affection est soit de nature inflammatoire ou métabolique, soit résultant d'un trouble de la croissance ou du développement.

Le Collège des médecins-directeurs peut proposer toutes modifications à apporter à la liste des affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, a) à l), du présent paragraphe.

Les taux réduits des interventions personnelles des bénéficiaires sont appliqués durant trois mois à compter du jour où il reçoit un traitement de réanimation ou du jour où il a subi une intervention chirurgicale pour le bénéficiaire visé sous l'alinéa 2, 1°, du présent paragraphe, qu'il reste ou non hospitalisé, et à compter du jour où il est mis fin à son hospitalisation pour le bénéficiaire visé sous l'alinéa 2, 2°, du présent paragraphe.

Les taux réduits des interventions personnelles du bénéficiaire ne sont appliqués que moyennant accord du médecin-conseil pour les affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, a) à j), du présent paragraphe, ou du Collège des médecins-directeurs lors d'une demande d'accord pour les affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, k) et l), du présent paragraphe.

Pour donner un accord, le médecin-conseil dispose :

1° d'un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste;

2° d'une description précise des déficiences, dans le sens de l'OMS-ICF, de leur étendue, et des raisons justifiant une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée;

3° du lien documenté entre le diagnostic et les déficiences pour lesquelles une intervention est demandée;

4° des précisions qui, partant d'un bilan fonctionnel, indiquent par le biais de quel plan de traitement et de quelles techniques de kinésithérapie ou de physiothérapie l'on veut atteindre le résultat fonctionnel visé;

Pour donner un accord, le Collège des médecins-directeurs dispose :

1° d'un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste;

2° d'une description précise des déficiences, dans le sens de l'OMS-ICF, de leur étendue, et des raisons justifiant une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée;

3° du lien documenté entre le diagnostic et les déficiences pour lesquelles une intervention est demandée;

4° des précisions qui, partant d'un bilan fonctionnel, indiquent par le biais de quel plan de traitement et de quelles techniques de kinésithérapie ou de physiothérapie l'on veut atteindre le résultat fonctionnel visé;

5° des résultats d'une périmétrie ou d'une volumétrie ou d'une lymphoscintigraphie en trois temps pour les affections visées sous l'alinéa 2, 3°, k), du présent paragraphe;

6° de la prévalence et de publications récentes démontrant la nécessité d'une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée pour les affections visées sous l'alinéa 2, 3°, l), du présent paragraphe.

Les éléments mentionnés aux alinéas 6, 2° à 4°, et 7, 2° à 6°, doivent être réalisés par le médecin spécialiste traitant (prévu à l'article 10, § 1, de la nomenclature des prestations de santé, publiée en annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984) ou le médecin généraliste traitant ou en concertation entre ces deux médecins avec la collaboration éventuelle d'un kinésithérapeute.

Le médecin-conseil contrôle la demande et vérifie la conformité de celle-ci par rapport aux dispositions susmentionnées. En cas de conformité, il marque ou non son accord.

La décision portant sur l'application des affections visées sous l'alinéa 2, 3°, l), du présent paragraphe relève des compétences du Collège des médecins-directeurs pour une première demande. Si cette demande est jugée conforme par le médecin-conseil en vertu des dispositions susmentionnées, celui-ci transmet la demande au Collège des médecins-directeurs.

En cas de décision favorable du Collège pour la première demande la (les) prolongation(s) éventuelle(s) est

(sont) accordée(s) par le médecin-conseil.

En cas de polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire visée sous l'alinéa 2, 3°, h), du présent paragraphe, la confirmation diagnostique viendra du médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

Aucun accord ou prolongation d'accord ne peut dépasser 3 ans.

Dans le cas où la situation du bénéficiaire nécessite une prolongation de l'accord, cette situation doit de nouveau être démontrée par une justification médicale détaillée du médecin généraliste ou spécialiste traitant, comportant les éléments décrits ci-dessus nécessaires pour donner l'accord sauf la confirmation du diagnostic par le médecin spécialiste. Cette-dernière ne doit pas être renouvelée. Pour le lymphoedème, il importe de démontrer que la réduction clinique de l' oedème ne reste maintenue que par des prestations kinésithérapeutiques ou physiothérapeutiques. Un nouvel examen lymphoscintigraphique n'est pas exigé.

§ 4. Par dérogation aux dispositions prévues aux paragraphes 1 et 3, du présent article, les taux des interventions personnelles du bénéficiaire pour les prestations visées à l'article 7, § 1er, rubrique I du 1, 3° et 4° de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, sont réduits respectivement à :

1° 35 p.c. et 17,5 p.c. des honoraires pour ce qui concerne le paragraphe 1er;

2° 21,8 p.c. et 8,6 p.c. des honoraires pour ce qui concerne le paragraphe 3.

Cependant, les taux des interventions personnelles visées à l'alinéa 1er du présent paragraphe sont portés, respectivement, à :

1° pour les prestations 560011, 560114, 560210 :

a) 26,85 p.c. et 11,18 p.c. des honoraires pour ce qui concerne les dispositions prévues au paragraphe 1er du présent article;

b) 20 p.c. et 8 p.c. des honoraires pour ce qui concerne les dispositions prévues au paragraphe 3 du présent article;

2° pour les prestations 560033, 560055, 560092, 560136, 560151, 560195, 560232, 560254, 560291, 561433, 561455, 561470, 561595, 561610, 561632,:

a) 32,08 p.c. et 13,79 p.c. des honoraires pour ce qui concerne les dispositions prévues au paragraphe 3 du présent article;

b) 21,8 p.c. et 8,6 p.c. des honoraires pour ce qui concerne les dispositions prévues au paragraphe 3 du présent article.

Par dérogation aux dispositions relatives à l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, telles que prévue aux paragraphes 1, 2 et 3, du présent article, le taux de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 558950-558961 est fixée à 0 p.c. desdits honoraires.

§ 5. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 558014-558025, 558456-558460, 558810-558821, 558832-558843 et 558994, visées à l'article 22, II, b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée à 10 p.c. des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994, ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou en exécution de l'article 50, § 11, alinéa 1er, de la loi précitée du 14 juillet 1994 ; toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'article 37, §§ 1er et 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, cette intervention personnelle est fixée à 5 p.c. desdits honoraires.”.

Les interventions personnelles prévues au présent paragraphe sont applicables à partir de la date de début du traitement.

