

Critères d'accès et règles d'application des nouvelles prestations pour patients atteints de lymphoedème

§ 1, 2°, I. a)

...

639332	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M 48
639494	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M 96

§ 1, 2°, I. b)

...

639354	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M 48
639516	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M 96

§1, 2°, I. c)

...

639376	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M 48
639531	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M 96

§ 1, 2°, II.

...

639391	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M 48
639553	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M 96

§ 1, 2°, III.

...

639413	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M 48
639575	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M 96

§ 1, 2°, IV.

...

639435	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M 48
639590	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M 96

§ 1, 2°, V.

...

639450	639461	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M 48
639612	639623	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M 96

§ 1, 2°, VI.

...

639472	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M 48
639634	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M 96

§ 1, 6°, I. a)

...

639656	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M 36
--------	---	------

§ 1, 6°, I. b)

...

639671	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M 36
--------	---	------

§ 1, 6°, I. c)

...

639693	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M 36
--------	---	------

§ 1, 6°, II.

...

639715	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M 36
--------	---	------

§ 1, 6°, III.

...

639730	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M 36
--------	---	------

§ 1, 6°, IV.

...

639752	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M 36
--------	---	------

§ 1, 6°, V.

...

639774	639785	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 54 minutes	M 36
--------	--------	---	------

§ 9 Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants :

- Les données administratives nécessaires à l'identification du patient et du médecin prescripteur ;
- Les renseignements médicaux indispensables au traitement ;
- La synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique ainsi que le plan de traitement et ses modifications ;
- Les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la nomenclature pour chaque séance attestée ;

- e). Les données et documents indispensables à l'attestation de soins tels que prévus par la nomenclature.
- f). la périmétrie, la volumétrie ou la copie du protocole lymphoscintigraphique ou la prescription de la nécessité clinique de prolonger le traitement pour les patients visés au § 14, 5°, B., h) et au § 11, 5ème alinea.

Ce dossier individuel du patient peut être établi par écrit ou sur un autre support durable. Les données du dossier doivent être accessibles immédiatement aux contrôles prévus par la loi.

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

Aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles le dossier ne correspond pas aux requis de la nomenclature.

§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 2°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1er, 2°, 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 aux §§ 13 ou 14bis.

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^e anniversaire et sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant le 7^e 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, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé.

Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639435, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639590, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être attestées que pour les patients atteints de lymphoedème. Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639435, 639450, 639461, 639472 peuvent être attestées avec un maximum de 120 fois par année civile à raison d'une fois par jour. Pour des situations pathologiques exceptionnelles avec une périmétrie montrant une différence de plus de 30 % par rapport au membre contralatéral, les prestations 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639590, 639612, 639623, 639634 peuvent être attestées avec un maximum de 120 fois par année civile à raison d'une fois par jour. En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639435, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639590, 639612, 639623 et 639634, le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 120 séances par année civile. En outre, les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639435, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639590, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396.

La preuve qu'il est satisfait aux critères d'accès diagnostique, périmétrique, volumétrique ou lymphoscintigraphique doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 9 du présent article.

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.

§ 14. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 5° et 6

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

- d'attester au moyen des prestations visées au §1er, 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 §1er, 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.

Les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 peuvent être attestées, par bénéficiaire, au maximum 60 fois par année civile. Pour l'application de la présente disposition, une année civile commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre.

Les prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 et 639785 peuvent être attestées pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, B, h). En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 et 639785 le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 60 séances par année civile.

Une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, peut persister après l'expiration de la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 2e tiret d'une notification. Dans cette occurrence, le kinésithérapeute peut introduire pour cette même situation pathologique, un renouvellement de notification auprès du médecin-conseil. Ce renouvellement de notification doit répondre à toutes les conditions mentionnées au § 14, 4°. Si la période de traitement pour une autre situation pathologique visée au § 14, 5°, B est déjà en cours, un renouvellement de notification est interdit.

Si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1er tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A, 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, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 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 est atteint d'une nouvelle situation pathologique durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 2ème tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, 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, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 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.

...

5° Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe

...

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

...

h) 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 :

- 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 + 5 %. 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.
- soit une lymphoscintigraphie en trois temps atteste de la gravité du diagnostic avec présence de deux critères mineurs 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 de deux critères mineurs selon la classification lymphoscintigraphique des œdèmes visant à leur prise en charge kinésithérapeutique.

Pour les situations pathologiques énumérées à la fin du présent alinéa, une lymphoscintigraphie n'est pas exigée. Néanmoins, un rapport motivé du médecin spécialiste justifiant le diagnostic et la nécessité des soins doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 9 du présent article. Ces situations pathologiques sont les suivantes :

- bénéficiaires de moins de 14 ans pour lesquels la réalisation d'une lymphoscintigraphie en trois temps n'est pas indiquée.
- en cas d'impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en trois temps.

Avant la fin de chaque année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1^{re} prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste 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.

§ 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, les prestations d'une durée de respectivement, minimum 60 et 120 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute valent deux et quatre prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée. La prestation d'une durée de 45 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute vaut 1,5 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.