

SOINS DE SANTE

Correspondant :

Tél. : 02/739.74.79

E-mail : kine@inami.fgov.be

Nos références : 1250/OMZ-CIRC/KINE-10-01F

Website : www.inami.be

Bruxelles, le

1. **Avenant M/10 bis à la convention nationale à partir du 1^{er} septembre 2010 (annexe 1).**
2. **Adhésion à la convention nationale (annexe 2).**
3. **Modifications de la nomenclature à partir du 1^{er} septembre 2010 (annexe 3).**
4. **Nouveaux tarifs à partir du 1^{er} septembre 2010 (annexe 4).**
5. **Informations pratiques.**

Madame, Monsieur,

1. Avenant M/10 bis à la convention nationale à partir du 1^{er} septembre 2010 (annexe 1).

Le 4 mars 2010, la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs a conclu l'avenant M/10 bis (annexe 1) à la convention nationale. Cet avenant entre en vigueur au 1^{er} septembre 2010.

Cet avenant prévoit essentiellement :

- a) La mise à un même niveau d'honoraires et la revalorisation pour les prestations d'une durée minimum de 60 minutes qui sont toutes portées à 35,50 euros (voir point 3, b, de la présente lettre circulaire).
- b) Fixation des honoraires des nouvelles prestations en liste « Fb » : 20 séances effectuées après les 60 premières séances par année civile (voir point 3, c, de la présente lettre circulaire) ;
- c) Fixation des honoraires pour les nouvelles prestations spécifiques pour certaines situations pathologiques en liste des pathologies lourdes (voir point 3, d, de la présente lettre circulaire) ;

2. Adhésion à la convention nationale (annexe 2).

Si vous adhérez à la convention, sauf déclaration écrite contraire de votre part, dans les trente jours suivant la date de la présente circulaire, votre adhésion vaut pour l'avenant qui vous est présenté en annexe 1.

Si vous n'êtes pas encore conventionné(e), je vous invite à adhérer à la fois à la convention nationale M/10 et à son avenant M/10bis en renvoyant la formule d'adhésion M/10.bis (en annexe 2), dûment complétée et signée à :

INAMI
Service soins de santé
Section kinésithérapeutes
Avenue de Tervuren 211
1150 BRUXELLES

3. Modifications de la nomenclature à partir du 1^{er} septembre 2010 (annexe 3) :

L'arrêté royal du 22 juillet 2010 (Moniteur Belge du 30 juillet 2010) introduit diverses modifications dans la nomenclature. En annexe 3 à la présente, vous trouverez les nouveaux textes des parties concernées de la nomenclature. Les modifications sont indiquées en gris. Ci-dessous, vous trouverez une courte explication de ces changements.

a) Adaptation de l'intitulé III du §1^{er}, 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° ;

Au §1^{er}, l'intitulé III des 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 6° est adapté afin de mettre en évidence quels sont les codes à utiliser pour attester, en maison de soins psychiatriques, des prestations de kinésithérapie pour affections somatiques, qui ne sont pas comprises dans le cadre du traitement psychiatrique et qui sont prescrites par un médecin autre que le médecin spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie. Pour rappel, comme mentionné au point 5 de la lettre circulaire 2009/1, ces prestations peuvent désormais être attestées en utilisant les codes des rubriques III du §1^{er} (prestations « au domicile ou en résidence communautaire de personnes handicapées »).

b) Augmentation des coefficients multiplicateurs des prestations de minimum 60 minutes pour patients atteints d'infirmité motrice cérébrale ;

Au §1^{er}, les coefficients multiplicateurs 42 et 45 des prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 561304 sont remplacés par le coefficient multiplicateur 48.

c) Introduction de nouvelles prestations en liste « Fb » pour 20 séances effectuées après les 60 premières séances par année civile ;

Les §§ 1^{er} et 14 sont adaptés afin de permettre, pour le traitement des bénéficiaires en liste « Fb », d'attester 20 séances à un tarif plus élevé après les 60 premières séances remboursées au meilleur tarif. Pour ces 20 prestations, les taux de remboursement sont intermédiaires entre l'intervention des 60 premières et celle actuellement appliquée à partir de la 61^{ème} séance. Les codes jusqu'à présent utilisés à partir de la 61^{ème} séance restent d'application pour les séances supplémentaires.

d) Introduction de prestations spécifiques pour certaines situations en liste des pathologies lourdes ;

Les §§ 1^{er} et 11 sont adaptés afin de permettre l'attestation de prestations spécifiques pour :

- des situations subaiguës après le séjour du bénéficiaire en hôpital ou en centre de réhabilitation pour des affections de la liste des pathologies lourdes, a), c) ou d). Il est possible d'attester un maximum de 50 prestations de minimum 45 minutes pendant une période d'un an à partir de la date de la première prestation. L'ouverture au droit d'attester ces prestations n'est accessible qu'une seule fois par bénéficiaire sauf en cas de récurrence de l'affection initiale ou en cas de nouvelle affection de la liste des pathologies lourdes, a), c) ou d).

Les affections de la liste des pathologies lourdes, a), c) ou d) sont les suivantes :

- a) paralysie périphérique étendue: monoplégie, syndrome de Guillain Barré;
- c) séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (comme par exemple, infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", hémiplégie, spina bifida, syndrome cérébelleux, ...);

- d) suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive ;
- des situations de surinfection broncho-pulmonaire pour les affections de la liste des pathologies lourdes, j). Il est possible d'attester un maximum, par année civile, de 30 prestations d'une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement. Un maximum de 10 de ces prestations peuvent être attestées par prescription.

Les affections de la liste des pathologies lourdes, j) sont les suivantes :

- 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;

e) Suppression de l'obligation d'introduire une demande de nouvelle situation pathologique lorsque survient une pathologie courante pendant la période de validité d'une pathologie « F » ;

L'obligation d'introduire une demande de nouvelle situation pathologique lorsque survient une pathologie courante pendant la période de validité d'une pathologie « Fa » ou d'une pathologie « Fb » est supprimée. Pour ce faire, les §§10 et 14 sont adaptés.

Lors de l'apparition d'une affection courante pendant la période de validité de la « Fa » ou « Fb », le kinésithérapeute devait, jusqu'à présent, introduire une demande de « nouvelle situation pathologique ». A partir du 1^{er} septembre 2010, cette demande n'est plus nécessaire et le kinésithérapeute peut, sans action administrative supplémentaire, utiliser les codes de « pathologie courante » pour cette nouvelle situation pathologique. Il est primordial que chaque prestation effectuée dans le cadre d'une pathologie courante, « Fa » ou « Fb » soit attestée à l'aide des codes qui lui sont spécifiques.

Si, durant la période de validité d'une pathologie « Fa » ou « Fb » le bénéficiaire est atteint d'une deuxième et/ou troisième situation pathologique courante, il faut toujours introduire une demande de « nouvelle situation pathologique » au médecin-conseil.

f) Adaptation du §10, 3^{ème} alinéa, concernant les séances supplémentaires en cas de « nouvelle situation pathologique » pour les pathologies courantes ;

Le §10, 3^{ème} alinéa est reformulé afin de mieux préciser le fait que, lorsque pendant une première pathologie courante, une demande de nouvelle situation pathologique courante est acceptée par le médecin-conseil, le bénéficiaire a droit à un total de 36 séances au meilleur taux d'intervention de l'assurance. Cela signifie que la première « série » de 18 séances n'est pas clôturée par cet accord de nouvelle situation pathologique courante.

g) Adaptation du §11, 4^{ème} alinéa concernant les règles de cumul entre le « rapport écrit » et une séance de minimum 60 minutes pour patient atteint d'infirmité motrice cérébrale (IMC) ;

Le §11, 4^{ème} alinéa est adapté afin de mieux préciser le fait que le cumul est possible, le même jour, entre un « rapport écrit » et une séance de kinésithérapie de minimum 60 minutes pour patient atteint d'IMC.

h) Adaptation du §14, 5°, B, c) (liste « Fb») relatif aux conventions de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile.;

Le point c) de la liste des pathologies « Fb » concerne les conventions de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile. Il existe actuellement différentes conventions à ce niveau. Cette adaptation clarifie quelles sont celles qui sont concernées par ce point et précise que la convention en cas de syndrome des apnées obstructives du sommeil n'est pas visée.

i) Adaptation du §14, 5°, B, h) (liste « Fb») relatif au traitement des patients atteints de lymphoedème ;

Le dernier alinéa du §14, 5°, B., h) est supprimé. Cette mesure permet qu'il n'y ait plus obligation, pour le traitement en liste « Fb » des patients atteints de lymphoedème, de faire confirmer le diagnostic par un médecin spécialiste à la fin de chaque année civile qui suit l'année de notification.

j) Adaptation du §14 en cas de nouvelle situation pathologique « Fb » pendant la période de validité d'une « Fa ».

Le §14, 2°, est adapté afin de clarifier le fait que, lorsqu'un médecin-conseil accepte une demande de nouvelle situation pathologique en liste « Fb » pendant la période de validité d'une « Fa », la période de validité de cette « Fb » s'étend, comme la règle générale des situations « Fb » le précise, jusqu'au 31 décembre de la deuxième année qui suit l'année de notification.

k) Petites adaptations techniques.

Il est procédé à différentes petites adaptations techniques du texte de la nomenclature, par exemple, une mise à jour de la référence, aux §§11 et 14bis, à la liste des pathologies lourdes.

4. Nouveaux tarifs à partir du 1^{er} septembre 2010 (annexe 4).

Vous trouverez les nouveaux tarifs d'application à partir du 1^{er} septembre 2010 en annexe 4 à la présente. Ils reprennent les nouvelles prestations introduites à partir du 1^{er} septembre 2010 ainsi que les revalorisations des honoraires des prestations d'une durée minimum de 60 minutes à partir de cette même date.

5. Informations pratiques.

Nous vous rappelons qu'un Call center chargé des relations avec les kinésithérapeutes est accessible au **02/739.74.79**, les mardi, mercredi et vendredi de 9 à 12 heures ainsi que les lundi et jeudi de 13 à 16 heures. Nous vous recommandons de vous identifier lors de votre appel, en introduisant votre numéro INAMI afin d'être dirigé plus rapidement vers le collaborateur compétent et ainsi de faciliter le traitement de votre dossier.



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

Le Fonctionnaire dirigeant

H. De Ridder,
Directeur général.

Annexes : 4