

Annexe 3

Textes actuels			Nouveaux textes		
<p>Art. 7. § 1^{er}. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:</p> <p>1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe</p> <p>...</p> <p>III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.</p> <p>...</p> <p>2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article</p> <p>I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.</p>			<p>Art. 7. § 1^{er}. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:</p> <p>1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8° du présent paragraphe</p> <p>...</p> <p>III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant ou pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.</p> <p>...</p> <p>2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article</p> <p>I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.</p>		
560652	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M 24	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	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 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	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 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	M 10
560711	Rapport écrit	M 34,62	560711	Rapport écrit	M 34,62
560733	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M 24	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	560755	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M 48
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	M 48	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	M 48

	minutes	
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

	minutes	
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

562332	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M36
--------	---	-----

562413	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M48
--------	--	-----

I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un 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 ^e 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
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	M 48

I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un 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 ^e 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 48
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	M 48

	minutes	
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

	minutes	
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
562354	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M36
562435	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M48

I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un 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 ^e 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
639376	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du	M 48

I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un 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 ^e 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 48
639376	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle	M 48

	kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	
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

	l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	
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
562376	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M36
562450	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M48

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 24
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 ^e 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 45
639391	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage	M 48

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 24
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 ^e 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 48
639391	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage	M 48

	lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	
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

	lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	
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
562391	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M36
562472	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M48

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 ^e 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
639413	Séance individuelle de	M 48

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

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 ^e 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 48
639413	Séance individuelle de	M 48

	kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	
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

	kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	
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

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 ^e 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
639446	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
639601	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

...

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 ^e 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 48
639446	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
639601	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

...

<p>3° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 12 du présent article.</p> <p>...</p> <p>III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.</p> <p>...</p> <p>4° Prestations effectuées dans le cadre de la kinésithérapie périnatale conformément au § 13 du présent article.</p> <p>...</p> <p>III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.</p> <p>...</p> <p>5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, A, du présent article.</p> <p>III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.</p> <p>6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article.</p> <p>I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.</p>	<p>3° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 12 du présent article.</p> <p>...</p> <p>III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant ou pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.</p> <p>...</p> <p>4° Prestations effectuées dans le cadre de la kinésithérapie périnatale conformément au § 13 du présent article.</p> <p>...</p> <p>III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant ou pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.</p> <p>...</p> <p>5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, A, du présent article.</p> <p>III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant ou pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.</p> <p>6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article.</p> <p>I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.</p>																		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="183 1344 305 1507">563614</td> <td data-bbox="305 1344 695 1507">Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes</td> <td data-bbox="695 1344 844 1507">M 24</td> </tr> <tr> <td data-bbox="183 1507 305 1671">563636</td> <td data-bbox="305 1507 695 1671">Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes</td> <td data-bbox="695 1507 844 1671">M 10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="183 1671 305 1894">563651</td> <td data-bbox="305 1671 695 1894">Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire</td> <td data-bbox="695 1671 844 1894">M 13</td> </tr> </table>	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 les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire	M 13	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="860 1344 982 1507">563614</td> <td data-bbox="982 1344 1388 1507">Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes</td> <td data-bbox="1388 1344 1537 1507">M 24</td> </tr> <tr> <td data-bbox="860 1507 982 1671">563636</td> <td data-bbox="982 1507 1388 1671">Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes</td> <td data-bbox="1388 1507 1537 1671">M 10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="860 1671 982 1894">564270</td> <td data-bbox="982 1671 1388 1894">Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire</td> <td data-bbox="1388 1671 1537 1894">M24</td> </tr> </table>	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	564270	Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire	M24
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 les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire	M 13																	
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																	
564270	Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire	M24																	

	atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	
563673	Rapport écrit	M 34,62
563695	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M 24
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

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 les séances 563710 et 639671 ne peuvent être attestées 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
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

	atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	
563651	Lorsque les séances 563614, 564270 et 639656 ne peuvent être attestées 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
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

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
564292	Lorsque les séances 563710 et 639671 ne peuvent être attestées 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	M24
563754	Lorsque les séances 563710, 564292 et 639671 ne peuvent être attestées 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.			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
			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	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	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 les séances 563813 et 639693 ne peuvent être attestées 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	564314	Lorsque les séances 563813 et 639693 ne peuvent être attestées 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	M24
563872	Rapport écrit	M 34,62	563850	Lorsque les séances 563813, 564314 et 639693 ne peuvent être attestées 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
563894	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M 24	563872	Rapport écrit	M 34,62
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	563894	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M 24
II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.			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
			II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
563916	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle	M 24	563916	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle	M 24

	l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes			l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes		
563931	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M 10		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 les séances 563916 et 639715 ne peuvent être attestées 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		564336	Lorsque les séances 563916 et 639715 ne peuvent être attestées 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 24
563975	Rapport écrit	M 34,62		563953	Lorsque les séances 563916, 564336 et 639715 ne peuvent être attestées 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
563990	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M 24		563975	Rapport écrit	M 34,62
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		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.			III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant ou pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.			
564012	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M 14,5		564012	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M 14,5
564034	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 10 minutes	M 8		564034	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 10 minutes	M 8
564056	Lorsque les séances 564012 et 639730 ne peuvent être attestées	M 8		564351	Lorsque les séances 564012 et 639730 ne peuvent être attestées	M 14,5

	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 20 minutes	
564071	Rapport écrit	M 14,5
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

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 globale moyenne de 20 minutes	M 14,5
564115	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 10 minutes	M 8
564130	Lorsque les séances 564093 et 639752 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M 8
564152	Rapport écrit	M 14,5
639752	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire	M 36

	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 20 minutes	
564056	Lorsque les séances 564012, 564351 et 639730 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M 8
564071	Rapport écrit	M 14,5
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

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 globale moyenne de 20 minutes	M 14,5
564115	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 10 minutes	M 8
564373	Lorsque les séances 564093 et 639752 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M14,5
564130	Lorsque les séances 564093, 564373 et 639752 ne peuvent être attestées compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du	M 8

	atteint une durée minimum de 45 minutes			kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	
			564152	Rapport écrit	M 14,5
			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
...			...		
§ 10. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 1°.			§ 10. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 1°.		
<p>Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1er, 1°, toute prestation qu'il dispense à un patient ne se trouvant pas dans une des situations visées §§ 11, 12, 13, 14bis ou 14ter, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5°, du présent article.</p>			<p>Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1er, 1°, toute prestation qu'il dispense à un patient ne se trouvant pas dans une des situations visées §§ 11, 12, 13, 14bis ou 14ter, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5°, du présent article.</p>		
<p>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 1er janvier et se termine le 31 décembre.</p>			<p>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 1er janvier et se termine le 31 décembre.</p>		
<p>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° 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.</p>			<p>Si le bénéficiaire est atteint au cours de l'année civile d'une nouvelle situation pathologique, pour lequel le traitement doit être attesté au moyen des prestations du § 1, 1°, le kinésithérapeute peut, à cet effet, adresser une demande au médecin-conseil. Ce dernier peut donner l'autorisation d'attester, à la fin des 18 premières séances de l'année civile 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique pendant la période restante de l'année civile. Cette autorisation supplémentaire peut être donnée maximum deux fois par année civile. L'autorisation par le médecin-conseil de 18 prestations supplémentaires n'interdit pas l'attestation du solde éventuel des 18 prestations précédentes.</p>		
<p>Cette demande doit être accompagnée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 			<p>Cette demande doit être accompagnée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 		
<p>La demande doit être introduite par un courrier adressé</p>			<p>La demande doit être introduite par un courrier adressé</p>		

<p>personnellement au médecin-conseil.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 2°.</p> <p>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, 14bis ou 14ter.</p> <p>Sauf spécification contraire de la nomenclature ou du</p>	<p>personnellement au médecin-conseil.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Si, durant la période de validité prévue au §14, 4°, alinéa 2, 1er ou 2ième tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., le bénéficiaire est atteint d'une première situation pathologique de l'année civile visée dans le présent paragraphe, les règles décrites dans le présent paragraphe sont d'application. Aucune demande ou notification ne doit être adressée dans ce cas au médecin-conseil pour la première situation pathologique visée dans le présent paragraphe, pendant la période de validité prévue au §14, 4°, alinéa 2, 1er ou 2ième tiret.</p> <p>Si une seconde et/ou troisième nouvelle situation pathologique de l'année civile visée dans le présent paragraphe survient pendant la période de validité de ladite situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., une demande telle que décrite dans le présent paragraphe doit être envoyée par le kinésithérapeute au médecin-conseil.</p> <p>§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 2°.</p> <p>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, §3, alinéa 2, 3° 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, 14bis ou 14ter.</p> <p>Sauf spécification contraire de la nomenclature ou du</p>
---	--

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui n'ont pas encore atteint leur 21e anniversaire et sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant le 7e 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.</p> <p>...</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui n'ont pas encore atteint leur 21e anniversaire et sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant leur 7e 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 à l'exception des prestations « rapport écrit » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible.</p> <p>...</p> <p>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.</p> <p>Les prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 peuvent être attestées pour les affections visées à l'Art. 7, § 3, alinéa 2, 3°, a), c) ou d) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 avec un maximum de 50 fois pendant une période d'un an à partir de la date de la première prestation 562332, 562354, 562376 ou 562391 effectuée et, ce, après le séjour du bénéficiaire en hôpital ou en centre de réhabilitation (phase subaiguë), sans discontinuité des soins sauf pour raison médicale. Ces prestations doivent être prescrites par un médecin porteur de la qualification de médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation et/ou porteur de la qualification de spécialiste en réadaptation fonctionnelle</p>
---	--

<p>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.</p>	<p>et professionnelle pour handicapés. La prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer des prestations d'une durée de minimum 45 minutes. Une copie de cette prescription doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire décrit au §9 de cet article.</p> <p>L'ouverture au droit d'attester ces prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 n'est accessible qu'une seule fois par bénéficiaire sauf en cas de récidence de l'affection initiale ou en cas de nouvelle affection visée à l'Art. 7, § 3, alinéa 2, 3°, a), c) ou d) de l'arrêté royal du 23 mars 1982. Pour une éventuelle nouvelle ouverture de ce droit, les mêmes critères d'accès que décrits à l'alinéa précédent sont requis.</p> <p>Les prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 ne peuvent pas être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396.</p> <p>Les prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 peuvent être attestées pour les affections visées à l'Art. 7, § 3, alinéa 2, 3°, j) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 avec un maximum de 30 fois par année civile en cas de surinfection broncho-pulmonaire. Un maximum de 10 prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 peuvent être attestées par prescription. La prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer des prestations d'une durée de minimum 60 minutes. Une copie de cette prescription doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire.</p> <p>Les prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 doivent comporter par journée de traitement au minimum deux périodes distinctes de kinésithérapie. La durée totale de l'apport personnel du kinésithérapeute pendant la journée atteint une durée de minimum 60 minutes. Ces périodes doivent être réparties durant la journée en fonction des besoins thérapeutiques du bénéficiaire.</p> <p>Les prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396.</p> <p>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.</p>
--	---

§ 14. Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 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.

§ 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

Si, durant la période de validité prévue au §14, 4°, alinéa 2, 1er ou 2ième tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., le bénéficiaire est atteint d'une situation pathologique visée dans le § 10, les règles du § 10, notamment son 6ième alinéa, sont d'application.

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. Les prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 et 564373 peuvent être attestées au maximum 20 fois par année civile et ce uniquement après avoir attesté 60 fois les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730 ou 639752. Les prestations 563651, 563754, 563850, 563953, 564056 et 563130 ne peuvent être attestées qu'après avoir attesté 60 fois les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730 ou 639752 et 20 fois les prestations. 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 et 564373 Pour l'application de la présente disposition, une année civile commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre.

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Sans préjudice des dispositions du §14, 1°, si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique non visée au §10 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, pendant 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, pendant 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.

- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 supplémentaires et maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 et 564373 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, pendant la période restante de l'année civile en cours ; pendant les deux années civiles suivantes, 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 et maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 et 564373 supplémentaires peuvent également être attestées par année civile dans le cadre de la nouvelle situation pathologique susmentionnée ;

Sans préjudice des dispositions du §14, 1°, si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique non visée au § 10 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 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, pendant 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, pendant 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 et maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 et 564373 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, pendant la période restante de l'année civile en cours.

<p>Cette demande doit être accompagnée, si nécessaire, de la notification prévue en § 14, 4°, et:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>...</p> <p>5° Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe</p> <p>...</p> <p>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°</p> <p>...</p> <p>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.</p>	<p>Cette demande doit être accompagnée de la notification prévue en § 14, 4°, et:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>...</p> <p>5° Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe</p> <p>...</p> <p>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°</p> <p>...</p> <p>c) Insuffisance respiratoire chez les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou relative à l'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile. La convention en cas de syndrome des apnées obstructives du sommeil n'est pas visée dans le présent alinéa.</p>
--	---

<p>h) Lymphoedème</p> <p>1) En cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphoedème post-radiothérapeutique ou postchirurgical répondant aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 oedèmes 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. <p>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 oedèmes 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 aticle. Ces situations pathologiques sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>§ 14bis. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 7°.</p> <p>Dans le présent article, on entend par « patient palliatif à domicile », le bénéficiaire auquel a été accordé l'intervention forfaitaire dont il est question à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant</p>	<p>h) Lymphoedème</p> <p>1) En cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphoedème post-radiothérapeutique ou postchirurgical répondant aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 oedèmes 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. <p>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 oedèmes 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 aticle. Ces situations pathologiques sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>§ 14bis. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 7°.</p> <p>Dans le présent article, on entend par « patient palliatif à domicile », le bénéficiaire auquel a été accordé l'intervention forfaitaire dont il est question à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant</p>
---	---

<p>l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.</p> <p>Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1er, 7°, chaque prestation qu'il dispense aux « patients palliatifs à domicile ». Cette obligation s'applique même si le patient se trouve dans une situation prévue aux §§ 10, 11, 12 ou 14.</p> <p>La prestation 564233 ne peut être attestée que pour un « patient palliatif à domicile » qui bénéficie également d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, alinéa 3, c) de l'arrêté royal du 23 mars 1982. Cette deuxième séance ne peut être portée en compte que si elle a été effectuée au minimum 3 heures après la précédente.</p>	<p>l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.</p> <p>Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1er, 7°, chaque prestation qu'il dispense aux « patients palliatifs à domicile ». Cette obligation s'applique même si le patient se trouve dans une situation prévue aux §§ 10, 11, 12 ou 14.</p> <p>La prestation 564233 ne peut être attestée que pour un « patient palliatif à domicile » qui bénéficie également d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, §3, alinéa 2, 3° de l'arrêté royal du 23 mars 1982. Cette deuxième séance ne peut être portée en compte que si elle a été effectuée au minimum 3 heures après la précédente.</p>
--	--