

Règles interprétatives approuvées par le comité de l'assurance

- z [Règle interprétative n° 1](#) : notion de nouvelle situation pathologique
- z [Règle interprétative n° 2](#) : éléments dans le dossier, justifiant le traitement en liste 'F'
- z [Règle interprétative n° 3](#) : Rapport écrit
- z [Règle interprétative n° 4](#) : nouvelle(s) série(s) de 60 prestations
- z [Règle interprétative n° 6](#) : délai entre les prestations ou admissions et le début de traitement en liste F aiguë
- z [Règle interprétative n° 7](#) : Précisions concernant la portée des libellés des rubriques III et VI des 1°, 2°, 3°, III du 4°, III et IV des 5°, 6° du §1 de l'article 7 de la nomenclature (prestations au domicile ou en résidence communautaire)
- z [Règle interprétative n° 8](#) : Question concernant l'endormologie dans le cadre des séances individuelles de kinésithérapie constituées essentiellement de drainage lymphatique manuel. (article 7, §1er de la nomenclature)

Règle interprétative n° 1 : notion de nouvelle situation pathologique

La nomenclature comporte la définition suivante de nouvelle situation pathologique :

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.

Question :

Comment faut-il interpréter la notion de nouvelle situation pathologique telle que reprise aux §§ 10 et 14 de l'article 7 de la nomenclature dans les situations suivantes :

1. arthrose à localisation multiple avec ou sans poussées successives,
2. existence concomitante de deux pathologies chroniques,
3. algoneurodystrophie survenant dans le décours d'une affection traumatique,
4. ablation de matériel d'ostéosynthèse dans les mois qui suivent un traitement orthopédique sanglant?

Réponse :

1. Dans la première situation, il y a lieu de considérer l'arthrose à localisation multiple comme une seule entité nosologique, c'est à dire que des poussées douloureuses de même localisation voire de localisation différente ne peuvent être considérées comme une nouvelle situation pathologique. Cependant, à titre exceptionnel, une poussée aiguë d'une localisation différente peut être considérée comme une nouvelle situation pathologique sur base d'un rapport mettant en évidence une aggravation nette et récente des limitations fonctionnelles. Ce rapport peut être rédigé par le médecin ou par le kinésithérapeute.
2. Dans le cas de coexistence de deux pathologies chroniques, l'alternance ou la concomitance de prise en charge pour l'une ou l'autre des pathologies ne peut justifier l'accord pour des séances de kinésithérapie supplémentaires, la situation pathologique devant être considérée à un moment donné comme un ensemble.
3. Dans le cas de l'apparition secondaire d'une algoneurodystrophie documentée, il est possible de considérer celle-ci comme une nouvelle situation pathologique par rapport à l'affection initiale.
4. Dans le cas de l'ablation de matériel d'ostéosynthèse, celle-ci peut être considérée comme un élément justifiant la reconnaissance par le médecin-conseil de l'existence d'une nouvelle situation pathologique.

Règle interprétative n° 2 : éléments dans le dossier, justifiant de traitement en liste 'F'

Question :

Dans le cadre des spécifications de la nomenclature en son article 7 § 14 (liste F) quels éléments de preuve doivent-ils figurer dans le dossier du kinésithérapeute permettant d'établir que l'assuré se trouve dans l'une des situations pathologiques de la liste allant de a) à h) au dernier alinéa du dit § 14 ?

Réponse :

Le kinésithérapeute doit disposer d'une prescription mentionnant explicitement une des situations pathologiques figurant dans la liste des situations énumérées.

Le diagnostic médical reste sous la responsabilité entière du médecin prescripteur.

Il en va de même en ce qui concerne les autres éléments cliniques et para-cliniques relevant de la compétence médicale telle que la fixation du code de référence de la nomenclature médicale, les résultats des examens para-cliniques de type imagerie médicale, neurophysiologiques ou autres.

Ces éléments doivent être communiqués par écrit par le prescripteur au kinésithérapeute et doivent être conservés au dossier kinésithérapeutique.

Le kinésithérapeute doit également disposer des éléments (d'évaluation fonctionnelle) décrits explicitement à l'art. 7, §14, dernier alinéa.

Règle interprétative n°3 : rapport écrit

Question :

L'article 7, § 3bis, 1°, de la nomenclature des prestations de santé est-il d'application pour toutes les prestations de cet article 7 ?

Réponse :

L'article 7, 3§bis, 1° de la nomenclature des prestations de santé décrit les modalités de la prestation "Examen kinésithérapeutique avec rapport écrit" qui est mentionnée dans certaines parties de l'article 7, §1. Les dispositions de l'article 7, §3bis, 1° sont seulement d'application dans les situations du §1 où cette prestation est mentionnée.

Il faut faire la différence avec l'article 7, §9 où il est également question d'un examen kinésithérapeutique dans le cadre du dossier individuel de kinésithérapie. Les dispositions du §9 s'appliquent à toutes les situations.

Règle interprétative N° 4 : nouvelle(s) série(s) de 60 prestations

Question :

Les spécifications de la nomenclature en son article 7, § 14 (liste F), 3ème alinéa, permettent-elles au médecin-conseil de donner l'autorisation d'attester une troisième ou ultérieure série de 60 prestations durant la période restante de l'année pour, le cas échéant, une 3ème ou ultérieure et nouvelle situation pathologique ?

Réponse :

Le texte de l'article 7, § 14 (liste F) n'exclut pas une troisième ou ultérieure série de 60 prestations au cours de la même année.

Règle interprétative N° 6 : délai entre les prestations ou admissions et le début de traitement en liste F aiguë

Question :

Dans le cadre de l'art. 7, §14, dernier alinéa, a), b) et c), quel peut être le délai entre respectivement l'affection posttraumatique ou postopératoire (a), l'exécution des prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045 (art. 13, §1) (b) ou l'admission dans une unité agréée pour la fonction des soins intensifs (code 49) ou dans un service N pour prématurés et nouveau-nés faibles (code 27) (c) et le début du traitement ?

Réponse :

Les trois situations pathologiques concernées sont définies par des prestations précises ou des admissions dans des unités ou services déterminés.

Le traitement doit être une suite directe de ces prestations ou admissions. Le délai entre ces prestations ou admissions et le début du traitement doit rester limité de telle sorte que les 60 grandes prestations avec remboursement maximum soient effectuées dans la continuité des prestations ou admissions concernées.

Règle interprétative n° 7 : Précisions concernant la portée des libellés des rubriques III et VI des 1°, 2°, 3°, III du 4°, III et IV des 5°, 6° du §1 de l'article 7 de la nomenclature (prestations au domicile ou en résidence communautaire)

Question :

Quelles sont les situations visées par les libellés des rubriques III et VI des 1°, 2° et 3°, III du 4°, III et IV des 5° et 6° du §1 de l'article 7 de la nomenclature, à savoir :

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

Réponse :

Les libellés des rubriques III et VI des 1°, 2°, 3°, III du 4°, III et IV des 5°, 6° du §1 de l'article 7 de la nomenclature visent les différentes situations que l'on peut retrouver sous les descriptions suivantes :

- z les soins de kinésithérapie effectués au bénéfice de personnes qui séjournent dans
 - ~ des domiciles communautaires momentanés de personnes handicapées
 - ~ des domiciles communautaires définitifs de personnes handicapées,
 - ~ des résidences communautaires momentanées de personnes handicapées
 - ~ des résidences communautaires définitives de personnes handicapées
 - ~ des domiciles communautaires momentanés de personnes âgées
 - ~ des domiciles communautaires définitifs de personnes âgées,
 - ~ des résidences communautaires momentanées de personnes âgées
 - ~ des résidences communautaires définitives de personnes âgées

et ce, que ces soins soient, ou non, effectués dans ces domiciles ou résidences communautaires. Les prestations de kinésithérapie effectuées au bénéficiaire qui séjourne dans un de ces domiciles ou une de ces résidences devront donc être attestées selon les codes de ces rubriques quel que soit le lieu où elles sont effectuées. Les bénéficiaires hospitalisés ne séjournent pas dans un de ces domiciles ou une de ces résidences communautaires ; les soins effectués à ces bénéficiaires ne sont donc pas visés par ces rubriques.

- z les soins de kinésithérapie effectués à un bénéficiaire lorsque ces soins sont effectués dans :
 - ~ des domiciles communautaires momentanés de personnes handicapées
 - ~ des domiciles communautaires définitifs de personnes handicapées,
 - ~ des résidences communautaires momentanées de personnes handicapées
 - ~ des résidences communautaires définitives de personnes handicapées
 - ~ des domiciles communautaires momentanés de personnes âgées
 - ~ des domiciles communautaires définitifs de personnes âgées,
 - ~ des résidences communautaires momentanées de personnes âgées
 - ~ des résidences communautaires définitives de personnes âgées

et ce, que le bénéficiaire séjourne ou non dans ce domicile ou cette résidence communautaire.

Règle interprétative n° 8 : Question concernant l'endermologie dans le cadre des séances individuelles de kinésithérapie constituées essentiellement de drainage lymphatique manuel. (article 7, §1er de la nomenclature)

Question :

L'endermologie est-elle attestable comme « drainage lymphatique manuel » ?

Réponse :

L'endermologie ne peut pas être attestée dans la nomenclature de kinésithérapie (article 7) ni par une prestation spécifique « drainage lymphatique manuel » ni par une autre prestation de cette nomenclature.

La règle interprétative précitée produit ses effet le 1er août 2009.