

**A.R. 19.9.2017 M.B. 29.9.2017**  
**En vigueur 1.10.2017**  
**+ l'arrêt n°245.099 le Conseil d'Etat 4.7.2019 M.B. 16.7.2019**

- [Modifier](#)
- [Insérer](#)
- [Enlever](#)

## Article 7 – KINESITHERAPIE

§ 1<sup>er</sup>. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:

1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, ~~ou 8°, 9° ou 10°~~ du présent paragraphe.

...

3° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 12 du présent article.

...

### IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.

561540 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 M 12

564701 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 M 24

...

~~9° Prestations effectuées à des patients atteints du syndrome de fatigue chronique conformément au § 14quater du présent article.~~

~~a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.~~

~~564756 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes M 36~~

~~564771 Rapport écrit M 34,62~~

~~b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.~~

~~564793 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes M 36~~

~~564815 Rapport écrit M 34,62~~

~~c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.~~

~~564830 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes M 36~~

~~564852 Rapport écrit M 34,62~~

~~10° Prestations effectuées à des patients atteints de fibromyalgie conformément au § 14quinquies du présent article.~~

<del>564874</del>	<del>a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes</del>	<del>M</del>	<del>36</del>
<del>564896</del>	<del>Rapport écrit</del>	<del>M</del>	<del>34,62</del>
<del>564911</del>	<del>b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes</del>	<del>M</del>	<del>36</del>
<del>564933</del>	<del>Rapport écrit</del>	<del>M</del>	<del>34,62</del>
<del>564955</del>	<del>c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un l'hôpital dans un service médical organisé. Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes</del>	<del>M</del>	<del>36</del>
<del>564970</del>	<del>Rapport écrit</del>	<del>M</del>	<del>34,62</del>

...

### § 3bis.

#### 1° Règles d'applications pour la prestation "rapport écrit".

Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 et 564152, ne peuvent être attestées qu'une fois par année civile.

Les prestations 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616, et 563555 ne peuvent être attestées qu'une fois par situation pathologique.

~~Une des prestations 564771, 564815, 564852, 564896, 564933 ou 564970 ne peut être attestée qu'une seule fois par patient.~~

Elle ne doit pas être prescrite.

Elle peut être attestée dès la première séance et est cumulable avec une séance individuelle de kinésithérapie.

Le rapport écrit doit être transmis au médecin prescripteur:

- à la fin du traitement de l'une des situations pathologiques visées aux § 14, 5°, A, ~~§ 14quater et § 14quinquies~~;
- au moins une fois par année civile dans le cas du traitement d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B et au § 11.

Le rapport écrit doit comprendre:

- La mention de l'affection traitée en référence à la prescription médicale.
- La synthèse de l'examen kinésithérapeutique établi en début de traitement.
- Le résumé succinct du traitement réalisé et de l'évolution du patient.
- Le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé.

Une copie du rapport écrit doit être conservée au dossier.

...

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

...

f) la périmétrie, la volumétrie ou la copie du protocole lymphoscintigraphique ou la prescription de la nécessité clinique de prolonger le traitement pour les patients visés au § 14, 5°, B., ~~hf~~) et au § 11, 5ème alinea.

...

**§ 9bis.** La séance individuelle de kinésithérapie doit comprendre un ou plusieurs actes qui ressortissent à la compétence des kinésithérapeutes et exige, si la situation du bénéficiaire le permet, une participation active du patient sous la forme d'une thérapie active d'exercices, y compris les instructions et conseils en vue d'une prévention secondaire.

Une participation active n'est pas exigée de la part des enfants pour lesquels une participation active et consciente n'est pas encore possible ou de la part de patients qui sont totalement dépendants.

~~Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 45 minutes doit comporter au minimum 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.~~

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 minutes doit comporter au minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 20 minutes doit comporter au minimum 15 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 15 minutes doit comporter au minimum 10 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

En vue de la rédaction des profils des pratiques médicales, l'enregistrement de la pathologie sous la forme de pseudo-codes est obligatoire et ce, sur base de la situation pathologique. Les modalités d'enregistrement de la pathologie sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé après la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs.

**§ 10.** Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 1°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1<sup>er</sup>, 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°, ~~§ 14quater ou § 14quinquies~~ du présent article.

**§ 11.** Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 2°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1<sup>er</sup>, 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 le bénéficiaire se trouve dans la situation prévue aux §§ 12, 13, 14bis, ~~ou~~ 14ter, 14quater ou 14quinquies.

...

Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être attestées que pour les patients atteints de lymphoedème. Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472 peuvent être attestées avec un maximum de 120 fois par année civile à raison d'une fois par jour. Pour des situations pathologiques exceptionnelles avec une périmétrie montrant une différence de plus de 30 % par rapport au membre contralatéral, les prestations 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623, 639634 peuvent être attestées avec un maximum de 120 fois par année civile à raison d'une fois par jour. En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634, le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 120 séances par année civile. En outre, les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396.

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

...

## § 12. Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>.

1<sup>o</sup> Une deuxième séance pour la même journée peut être attestée au moyen des prestations du § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup> :

a) pour les bénéficiaires séjournant dans une fonction de soins intensifs (code 490) ou une fonction de soins néonataux locaux (fonction N\*) (code 190) ou un service pour la néonatalogie intensive (service NIC) (code 270) pendant toute la durée du séjour dans ces fonctions ou services.

b) pour les bénéficiaires hospitalisés ou l'ayant été et pour lesquels a été attestée une des prestations suivantes:

— de l'article 13, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature (réanimation) : 211046, 211142, 211341, 211761, 212225, 213021, 213043 ou 214045;

— de l'article 14, k, de la nomenclature (orthopédie) : les prestations de valeur égale ou supérieure à N 500 à l'exception des prestations 289015 - 289026, 289030 - 289041, 289052 - 289063 et 289074 - 289085.

Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous a), une deuxième séance journalière peut être attestée pendant toute la durée du séjour dans les fonctions ou les services concernés. La prestation 564701 ne peut être attestée que pour les bénéficiaires mentionnés sous a). Elle n'est pas cumulable avec la prestation 561540. Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous b), pendant les 30 jours qui suivent le jour où une des prestations mentionnées sous b) a été attestée, une deuxième prestation journalière peut être attestée au maximum 14 fois.

2<sup>o</sup> Pour les bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites à l'alinéa précédent, une deuxième séance journalière peut être attestée si le kinésithérapeute dispose d'une prescription médicale qui justifie clairement cette deuxième séance.

**Dans le cas de la prestation 564701, cette prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer cette deuxième séance pendant une durée globale moyenne de 30 minutes.** Le cas échéant, le kinésithérapeute est tenu de présenter une copie de cette prescription au médecin-conseil, dans le cadre d'un contrôle à posteriori. Cette prescription reprendra obligatoirement :

- a) les codes nomenclature et la valeur relative du traitement de réanimation reçu ou de l'intervention chirurgicale pratiquée;
- b) la date de l'intervention ou la date d'entrée dans le service de soins intensifs ou néonatal;
- c) la fréquence souhaitée par semaine et par jour.

...

Le traitement **et la fréquence maximale doivent se dérouler doit avoir lieu** conformément aux **indications recommandations** et **aux** 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 conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. **Cette La présente** disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

**§ 14.** Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>.

...

2<sup>o</sup> Les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 564572, 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<sup>o</sup>, A.

...

Les prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 peuvent être attestées pour les situations pathologiques visées au § 14, 5<sup>o</sup>, B, **fh**). En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, **564631**, 564093, 564174, **564631**, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 60 séances par année civile.

...

3<sup>o</sup> Le traitement **et la fréquence maximale doivent ~~doit~~** avoir lieu conformément aux recommandations et aux 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 conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

...

5<sup>o</sup> Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe:

...

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

...

**e) Syndrome de fatigue chronique :**

Si pendant ou après une prise en charge dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, la continuation d'une thérapie graduelle d'exercices est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.

La nature et la fréquence du programme d'exercices sont en accord avec le concept stipulé dans le plan de traitement convenu entre le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire du centre de référence.

(Les notifications pour le traitement du syndrome fibromyalgique introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables jusqu'au 31 décembre 2005.)

f) Syndrome fibromyalgique :

Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation sur base d'un examen clinique comprenant les critères de diagnostic de l'ACR (American College of Rheumatology). Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'ACR.

Avant la fin de chaque année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1<sup>re</sup> prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné 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.

g) ~~e~~ Dystonie cervicale primaire démontrée par un rapport diagnostique établi par un médecin spécialiste en neurologie.