

A.R. 18.4.2022 M.B. 23.5.2022
En vigueur 1.7.2022

+

A.R. 20.4.2022 M.B. 23.5.2022
En vigueur 1.7.2022

[Modifier](#)

[Insérer](#)

[Enlever](#)

Article 7 – KINESITHERAPIE

A.R. 18.04.2022 – M.B. 23.05.2022 – 2022/31928

"Art. 7. § 1^{er} Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:"

...

2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article.

...

~~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 24 "~~

~~" "A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014
561282 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée conformément aux dispositions du §11 M 12 "~~

~~" "A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)
561260 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes M 12~~

~~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~~

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 24

561282	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 § 11	M	15
561260	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	12
561304	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	48
562505	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	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 "

...

"§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 2^o."

...

~~Les prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 peuvent être attestées pour les affections visées à l'article 7, § 3, alinéa 2, 3^o, 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.~~

~~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.~~

~~Les prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396."~~

"Les prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 peuvent être attestées pour les affections visées à l'article 7, § 3, alinéa 2, 3^o, 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, 562472 et 562505 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.

Les prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 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.

Les prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396"

...

A.R. 20.04.2022 – M.B. 23.05.2022 – 2022/31929

"§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 2^o."

...

~~"Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant leur 7^e anniversaire, la preuve qu'il est satisfait à cette 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, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé à l'exception des prestations « rapport écrit » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible."~~

~~Pour les patients qui n'ont pas encore atteint leur 3^{ème} anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées une fois par jour~~

~~Pour les patients à partir de leur 3^{ème} anniversaire avec un score Gross Motor Function Classification System (GMFCS) 5, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 150 fois par année civile.~~

~~Pour les patients à partir de leur 3^{ème} anniversaire avec un score GMFCS 2, 3 ou 4, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 100 fois par année civile.~~

~~Pour les patients à partir de leur 3^{ème} anniversaire avec un score GMFCS 1, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 50 fois par année civile.~~

~~Pour tous les patients à partir de leur 3^{ème} anniversaire, par année civile, 30 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur base d'un rapport d'un centre de référence IMOC pour patients atteints d'infirmité motrice cérébrale. Ce rapport doit être tenu à la disposition du médecin-conseil et figurer dans le dossier du bénéficiaire."~~

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui sont atteints d'infirmité motrice cérébrale ou d'un tableau fonctionnel d'infirmité motrice cérébrale. La confirmation de ce diagnostic doit être fournie sur base d'un rapport rédigé par le médecin spécialiste traitant et avec mention du code GMFCS** (Gross Motor Function Classification System). Ce rapport doit être envoyé au 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, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible.

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées une fois par jour jusqu'au 31 décembre de l'année civile pendant laquelle le patient atteint son 21ème anniversaire.

A partir du 1er janvier de l'année civile qui suit l'année civile durant laquelle le patient atteint son 21ème anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées :

un maximum de 200 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 4 ou 5 ;

un maximum de 150 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 2 ou 3 ;

un maximum de 100 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 1.

Au 21ème anniversaire du patient, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec la mention du score GMFCS.

Lorsque le score GMFCS du patient après son 21ème anniversaire change avec modification du nombre maximum de prestations attestables pour cette année civile, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec le score GMFCS modifié et il conserve le score GMFCS modifié dans le dossier du patient. Le nombre de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 qui ont déjà été attestées dans l'année civile concernée est défalqué du nombre maximum de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 qui peuvent être attestées par année civile selon le nouveau score GMFCS.

A partir du 1er janvier de l'année civile qui suit l'année civile durant laquelle le patient atteint son 21ème anniversaire, par année civile, 50 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur base d'un rapport rédigé par un médecin spécialiste traitant mentionnant la nécessité de ces 50 prestations complémentaires. Pour ces 50 prestations complémentaires, le kinésithérapeute envoie une notification au médecin-conseil et conserve ce rapport dans le dossier du patient.

La notification visée dans les trois alinéas précédents sera adressée par le kinésithérapeute au médecin-conseil. L'intervention de l'assurance pour les prestations dans le cadre de ce traitement est due uniquement si le médecin-conseil est en possession d'une notification valide.

Cette notification doit comprendre au moins :

- les données d'identification du patient (nom, prénom, date de naissance et numéro d'inscription à l'organisme assureur) ;
- les données d'identification du kinésithérapeute (nom, prénom, numéro d'agrément), date du début du traitement ;
- le score GMFCS du patient, et/ou la nécessité de 50 séances complémentaires.

Le modèle de cette notification est établi par le Comité de l'assurance soins de santé conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.