

■ [Modifier](#)

■ [Insérer](#)

■ [Enlever](#)

Article 7 – KINESITHERAPIE

SECTION 3. - Kinésithérapie

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

...

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

~~"Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 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, 14ter, 14quater ou 14quinquies."~~

~~"Sauf spécification contraire de la nomenclature ou du 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."~~

~~"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."~~

~~"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."~~

"Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations visées au § 1er, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur la 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 l'une des situations prévues aux §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies.

Sauf spécification contraire de la nomenclature ou du 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.

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 ne se justifie pas. Il notifie sans tarder sa décision motivée au bénéficiaire avec copie adressée au kinésithérapeute, cette décision prenant cours au plus tard le lendemain de sa notification."

Le rapport diagnostique et/ou d'évolution ainsi que le bilan fonctionnel avec mention du GMFCS (Gross Motor Function Classification System) ou un bilan basé sur le modèle CIF (International Classification of Functioning) doivent être envoyés au médecin-conseil et mentionnés dans le dossier du bénéficiaire, tel que décrit au § 8 du présent article.

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients souffrant d'une lésion d'origine encéphalique :

Survenue avant le 21e anniversaire :

Groupe cible 1a. Une infirmité motrice cérébrale (IMC) confirmée par le rapport médical établi par un médecin spécialiste traitant. La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide du score GMFCS.

Groupe cible 1b. Une lésion cérébrale acquise (LCA) confirmée par le rapport médical établi par un médecin spécialiste traitant. La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide d'un bilan fonctionnel sur base du modèle ICF.

Survenue après le 21^e anniversaire :

Groupe cible 2. Patients souffrant d'un trouble moteur résultant d'une lésion cérébrale acquise (LCA).

La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide d'un bilan fonctionnel sur base du modèle ICF.

Règles concernant le nombre de prestations remboursables :

- Pour les patients se trouvant dans l'une des situations décrites sous Groupe cible 1a. et Groupe cible 1b. :

Jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21^e anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par jour. Ces prestations 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 du groupe cible 1a, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées à partir du 1^{er} janvier de l'année civile qui suit l'année civile au cours de laquelle ces patients atteignent leur 21^e anniversaire :

- 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.

Vers le 21^e anniversaire du patient, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec la mention du score GMFCS d'application du moment.

Après le 21^e anniversaire du patient du groupe cible 1a, lorsque le score GMFCS du patient change avec modification du nombre maximum de prestations attestables par 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 durant l'année civile concernée est déduit 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.

- Pour les patients ayant atteint leur 21^e anniversaire et se trouvant dans l'une des situations décrites sous Groupe cible 1b. et Groupe cible 2. :

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées au maximum 100 fois par année civile. Le kinésithérapeute envoie à cet effet une notification au médecin-conseil et conserve le rapport et le bilan fonctionnel à l'appui de sa notification dans le dossier du patient.

- Pour les groupes cibles 1a. et 1b. à partir du 1^{er} janvier de l'année civile qui suit l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21^e anniversaire, et pour le groupe cible 2 par année civile : 50 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur la 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.

Les notifications visées dans les alinéas précédents sont adressées par le kinésithérapeute au médecin-conseil. L'intervention de l'assurance pour les prestations 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 auprès de l'organisme assureur) ;
- les données d'identification du kinésithérapeute (nom, prénom, numéro d'agrément) et la date du début du traitement ;
- pour le groupe cible 1a : le score GMFCS du patient à l'âge de 21 ans et/ou la nécessité des 50 séances complémentaires ;
- pour le groupe cible 1b à partir du 21^e anniversaire et pour le groupe cible 2 : la nécessité de séances de 60 minutes et/ou des 50 prestations 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 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994."