

A.R. 10.4.2025 M.B. 15.5.2025

En vigueur 1.7.2025

+

A.R. 17.5.2025 M.B. 27.5.2025

En vigueur 1.7.2025

 [Modifier](#)

 [Insérer](#)

 [Enlever](#)

Article 7 – KINESITHERAPIE

A.R. 10.4.2025 - M.B. 15.5.2025 – E.V.1.7.2025 - 2025/003575

SECTION 3. - Kinésithérapie

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

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

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

"	560092	...	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
"	<u>566576</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>		<u>M</u>	<u>16</u>
	<u>566591</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>		<u>M</u>	<u>12</u>
	<u>566613</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>		<u>M</u>	<u>9,6</u>
	<u>566635</u>	<u>Lorsque la séance 566576 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>		<u>M</u>	<u>16</u>

<u>566650</u>	<u>Lorsque la séance 566591 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>12</u>
<u>566672</u>	<u>Lorsque la séance 566613 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>9,6 "</u>
I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital."		
" 560195	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M 24
" <u>566694</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>16</u>
<u>566716</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>12</u>
<u>566731</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>9,6</u>
<u>566753</u>	<u>Lorsque la séance 566694 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>16</u>
<u>566775</u>	<u>Lorsque la séance 566716 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>12</u>
<u>566790</u>	<u>Lorsque la séance 566731 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>9,6 "</u>
I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé."		
" 560291	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M 24

<u>566812</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>16</u>
<u>566834</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>12</u>
<u>566856</u>	<u>Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>9,6</u>
<u>566871</u>	<u>Lorsque la séance 566812 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>16</u>
<u>566893</u>	<u>Lorsque la séance 566834 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>12</u>
<u>566915</u>	<u>Lorsque la séance 566856 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.</u>	<u>M</u> <u>9,6</u> "

...
"§ 3bis Règles d'application pour certaines prestations spécifiques."

"1° 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, 563555 ne peuvent être attestées qu'une fois par situation pathologique.~~

"Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411 ne peuvent être attestées conjointement qu'une fois par année civile.

Les prestations 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 et 564152, ne peuvent être attestées conjointement qu'une fois par année civile par situation pathologique.

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

Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491, 564152, 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616 et 563555 ne peuvent être attestées conjointement qu'une fois par année civile et par situation pathologique."

...
§ 10. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 1°.

~~"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° présent article."~~

~~"Les prestations 567011, 567055, 567092, 567136, 567232 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 9 fois par année civile par situation pathologique."~~

~~"Les prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560534 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 9 fois par année civile par situation pathologique après que les prestations 567011, 567055, 567092, 567136, 567232 aient, au total, déjà été attestées 9 fois."~~

~~"Les prestations 560416, 564395, 560571 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 18 fois par année civile par situation pathologique."~~

~~Les prestations 567206 et 567243 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 9 fois par année civile.~~

~~Les prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567173, 567221, 567254, 566974, 566996, 567265 (intake du patient) ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées qu'une fois par année civile au début du traitement à la 1ère séance, quelles que soient le nombre de situations pathologiques cette année civile. Ces prestations ne doivent pas être prescrites.~~

~~Si le traitement d'une même situation pathologique visée au § 1, 1° couvre 2 ou plusieurs années civiles, une de ces des prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567173, 567221, 567254, 566974, 566996, 567265 (intake du patient) ne peut être attestée une seconde fois ni la seconde année civile ni les années civiles suivantes.~~

~~Pour l'application des dispositions dans ce paragraphe, une année civile commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre."~~

~~"Si, le bénéficiaire est atteint au cours de l'année civile d'une nouvelle situation pathologique, pour laquelle 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 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."~~

~~"Cette demande doit être accompagnée:~~

— 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.

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. Si le médecin conseil demande un complément d'information au médecin traitant, il notifie 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 soit par courrier postal, soit via eAgreement si la demande a été introduite via eAgreement."

"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."

"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.

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."

"Quelles que soient les précédentes dispositions du présent paragraphe, les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 54 fois par année, indépendamment du nombre de situations pathologiques. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre."

"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.

Les prestations 567011, 567055, 567092, 567136 et 567232 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 9 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire.

Les prestations 560011, 560114, 560210, 560313 et 560534 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 9 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire après que les prestations 567011, 567055, 567092, 567136 ou, 567232 aient, au total, déjà été attestées 9 fois.

Les prestations 560416, 564395 et 560571 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 18 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire.

Les prestations 566576, 566591, 566613, 566694, 566716, 566731, 566812, 566834, 566856 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 17 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire. Elles ne peuvent être attestées qu'après qu'au moins une prestation 567011, 567055, 567092, 567136 ou 567232 a été attestée pour ce bénéficiaire par le même kinésithérapeute ou par un autre kinésithérapeute ayant accès au dossier kinésithérapeutique du patient.

Si les prestations 567011, 567055, 567092, 567136, 567232, 560011, 560114, 560210, 560313, 560534, 566576, 566591, 566613, 566694, 566716, 566731, 566812, 566834, 566856, 560416, 564395 et 560571 sont attestées au cours de la même année civile, le total combiné de ces prestations ne peut excéder 18 séances par année civile et par situation pathologique.

Les prestations 566576, 566591, 566613, 566694, 566716, 56673, 566812, 566834, 566856 ne peuvent être attestées que dans le cadre d'une thérapie d'exercices et d'une éducation active, dispensées à un groupe de minimum 3 à maximum 5 patients atteints de coxarthrose ou de gonarthrose, dans lesquelles chaque bénéficiaire reçoit un programme d'exercice individualisé et où les progrès individuels sont conservés dans le dossier du patient.

La prescription médicale ne doit pas mentionner explicitement le recours au traitement via des séances de groupe. Toutefois, les éventuelles contre-indications peuvent être mentionnées.

Les prestations 567206 et 567243 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 9 fois par année civile.

Les prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567173, 567221, 567254, 566974, 566996, 567265 (intake du patient) ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées qu'une fois par année civile au début du traitement à la 1ère séance, quelles que soient le nombre de situations pathologiques cette année civile. Ces prestations ne doivent pas être prescrites.

Si le traitement d'une même situation pathologique visée au § 1, 1° couvre 2 ou plusieurs années civiles, une de ces prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567173, 567221, 567254, 566974, 566996, 567265 (intake du patient) ne peut être attestée une seconde fois ni la seconde année civile ni les années civiles suivantes.

Pour l'application des dispositions dans ce paragraphe, une année civile commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre.

Si, le bénéficiaire est atteint au cours de l'année civile d'une nouvelle situation pathologique, pour laquelle 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 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.

Cette demande doit être accompagnée:

- 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.

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. Si le médecin-conseil demande un complément d'information au médecin traitant, il notifie 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 soit par courrier postal, soit via eAgreement si la demande a été introduite via eAgreement.

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.

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.

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.

Les prestations 566635, 566650, 566672, 566753, 566775, 566790, 566871, 566893, 566915 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 18 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire.

Quelles que soient les précédentes dispositions du présent paragraphe, les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615, 566635, 566650, 566672, 566753, 566775, 566790, 566871, 566893, 566915 peuvent, par bénéficiaire, être attestées au maximum 54 fois par année, indépendamment du nombre de situations pathologiques. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre. "

...
"§ 14. Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 5° et 6°.

...
"2° Les prestations:

~~- 567276, 567291, 567313, 567335, 567350 et 567361 peuvent être attestées au maximum 20 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.~~

~~- 563010, 563113, 563216, 563312 et 563570 peuvent être attestées au maximum 40 fois par situation pathologique sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation de la situation pathologique et après que les prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350, 567361 aient, au total, déjà été attestées 20 fois.. Après cette période d'un an, cette situation pathologique ne sera plus considérée comme une situation pathologique visée au § 14, 5°, A.~~

~~- 563415, 564572, 563496 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, 563570 peuvent être attestées au maximum 100 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 de la situation pathologique.~~

~~- 563415, 564572 et 563496 peuvent être attestées au maximum 120 fois par situation pathologique de la 1^{ère} jusqu'à la 120^{ème} prestation comprise, 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, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 ou 639785 peuvent être attestées, par bénéficiaire, au maximum 60 fois par année civile. Les prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 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, 564631, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833 ou 639752. Les prestations 563651, 563754, 563850, 563953, 564056, 564675 et 563130 ne peuvent être attestées qu'après avoir attesté 60 fois les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833 ou 639752 et 20 fois les prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 et 564373 Pour l'application de la présente disposition, une année civile commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre."~~

~~"-567276, 567291, 567313, 567335, 567350 et 567361 peuvent conjointement être attestées au maximum 20 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.~~

~~- 563010, 563113, 563216, 563312 et 563570 peuvent conjointement être attestées au maximum 40 fois par situation pathologique sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation de la situation pathologique et après que les prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350 ou 567361 aient, au total, déjà été attestées 20 fois. Après cette période d'un an, cette situation pathologique ne sera plus considérée comme une situation pathologique visée au § 14, 5°, A.~~

~~- 563415, 564572, 563496 peuvent conjointement 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.~~

~~Si les prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350, 567361, 563010, 563113, 563216, 563312, 563570, 563415, 564572 et 563496 sont attestées pour la même pathologie au cours d'une période d'un an à compter de la date de la première prestation, le total combiné de ces prestations au cours de cette année ne doit pas dépasser 60 séances par pathologie.~~

~~Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, les prestations:~~

~~- 563010, 563113, 563216, 563312, 563570 peuvent conjointement être attestées au maximum 100 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 de la situation pathologique.~~

~~- 563415, 564572 et 563496 peuvent conjointement être attestées au maximum 120 fois par situation pathologique de la 1^{ère} jusqu'à la 120^{ème} prestation comprise, pour les situations visées au § 14, 5°, A, j), sur la période de un an à partir de la date de la première prestation.~~

Si les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563570, 563415, 564572 et 563496 sont attestées dans la période d'un an à compter de la date de la première prestation pour la même situation pathologique visée au § 14, 5°, A, j), le total cumulé de ces prestations, dans l'année ne peut dépasser 120 séances par situation pathologique.

"Les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 peuvent conjointement être attestées, par bénéficiaire, au maximum 60 fois par année civile. Les prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 et 564373 peuvent conjointement par bénéficiaire être attestées au maximum 20 fois par année civile et ce uniquement après que les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833 ou 639752 aient conjointement été attestées 60 fois. Les prestations 563651, 563754, 563850, 563953, 564056, 564675 et 563130 ne peuvent être attestées qu'après que, dans l'année calendrier, les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833 ou 639752 aient conjointement été attestées 60 fois et que les prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 ou 564373 aient conjointement été attestées 20 fois. Pour l'application de la présente disposition, une année civile commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre. "

SECTION 3. - Kinésithérapie

"Art. 7.

...
§ 8. Dans tous les cas, la réalisation d'un dossier par bénéficiaire, réparti sur l'ensemble du traitement fait partie intégrante du traitement de kinésithérapie. "

...

Au présent article 7, il faut entendre :

Par « situation pathologique » : une situation médico-fonctionnelle pathologique pour laquelle le bénéficiaire nécessite une prise en charge kinésithérapeutique. Cette situation pathologique peut être consécutive à une pathologie aiguë ou chronique.

Par « nouvelle situation pathologique » : une situation médico-fonctionnelle pathologique d'un bénéficiaire dont le traitement ne constitue pas un prolongement du traitement soit :

- d'une ou plusieurs situations pathologiques du § 10, qui ont déjà été traitées par kinésithérapie au cours de la même année civile, ou

- d'une situation pathologique du § 14, 5°, A ou § 14, 5°, B pendant le délai de notification en cours.

Pour parler d'une nouvelle situation pathologique, le diagnostic ou la pathologie ne doit pas être nouveau, il peut donc s'agir d'une rechute/récidive mais pas d'un prolongement d'une situation existante. Toutefois, pendant une période de notification § 14, 5°, A, aucune rechute/récidive ne peut être demandée pour le même diagnostic ou pathologie que celui pour lequel la période de notification est en cours.

...
"§ 10. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 1°."

~~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.~~

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

"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 ou 14ter.

...
~~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 :~~

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

...

~~Jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21e 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, § 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.~~

Jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21ème anniversaire, il n'y a aucune restriction sur le nombre de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 par année civile.

...

§ 14. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 5° et 6°.

...

~~"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."~~

...

5° 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 §1er, 6°, pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4° :

...

e) Syndrome de fatigue chronique :

~~La prescription initiale mentionnant le diagnostic doit être établie par un médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation, en neurologie ou en médecine interne après examen clinique et conformément aux critères les plus récents applicables au niveau international.~~

~~Avant la fin de la première année qui suit l'année au cours de laquelle la 1ère 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.~~

e) Syndrome de fatigue chronique/ Encéphalomyélite myalgique :

La prescription initiale mentionnant le diagnostic doit être établie par un médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation, en neurologie ou en médecine interne après examen clinique et conformément aux critères les plus récents applicables au niveau international.

Avant la fin de la première année qui suit l'année au cours de laquelle la 1ère 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.