

N. 2002 — 4662

[C — 2002/23049]

18 DECEMBER 2002. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, §§ 1 en 2, 3°, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 28 februari 1998, 25 januari 1999, 24 december 1999 en 10 augustus 2001;

Gelet op het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 7 van zijn bijlage, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op het voorstel van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen, gedaan op 14 oktober 2002;

Gelet op het advies van de Technische raad voor kinesitherapie, gegeven op 18 oktober 2002;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige controle, gegeven op 18 oktober 2002;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 4 november 2002;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 6 november 2002;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 19 november 2002;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 17 december 2002;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat het huidige besluit een uitbreiding van de zogeheten « F-lijst » van kinesitherapeutische verstrekkingen tot doel heeft; dat deze maatregel kadert in de hervorming van de nomenclatuur kine die tot stand gekomen is op 1 mei 2002 en tegemoetkomt aan de dringende behoefte van de rechthebbenden omdat bepaalde ziektebeelden uitgesloten werden van toepassing van deze F-lijst; dat de inwerkingtreding voorzien werd voor 1 januari 2003; dat het belangrijk is dat deze maatregel zo snel mogelijk genomen en gepubliceerd wordt zodat de betrokkenen tijdig geïnformeerd kunnen worden met het oog op het verzekeren van een correcte tarifiering vanaf 1 januari 2003;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals tot op heden gewijzigd, wordt vervangen door de bijlage die bij dit besluit is gevoegd.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2003.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 december 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

F. 2002 — 4662

[C — 2002/23049]

18 DECEMBRE 2002. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, §§ 1^{er} et 2, 3°, modifiés par les lois des 20 décembre 1995, 28 février 1998, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999 et 10 août 2001;

Vu l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 7 de son annexe, tel qu'il a été modifié jusqu'à ce jour;

Vu la proposition de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs, faite le 14 octobre 2002;

Vu l'avis du Conseil technique de la kinésithérapie, donné le 18 octobre 2002;

Vu l'avis du Service du contrôle médical, donné le 18 octobre 2002;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 4 novembre 2002;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 6 novembre 2002;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 19 novembre 2002;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 17 décembre 2002;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que le présent arrêté a pour but un élargissement de ce qu'on appelle la "liste F" des prestations de kinésithérapie; que cette mesure cadre avec la réforme de la nomenclature de kinésithérapie qui a été effectuée le 1^{er} mai 2002 et répond au besoin urgent des bénéficiaires parce que certaines pathologies ont été exclues de l'application de cette liste F; que l'entrée en vigueur a été prévue pour le 1^{er} janvier 2003; qu'il importe que cette mesure soit prise et publiée au plus tôt de sorte que les intéressés puissent être informés en temps utile en vue de la garantie d'une tarification correcte le 1^{er} janvier 2003;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tel qu'il a été modifié jusqu'à ce jour, est remplacé par l'annexe jointe au présent arrêté.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 décembre 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

NOMENCLATUUR

HOOFDSTUK III. — *Gewone geneeskundige hulp*

Afdeling 3. - Kinesitherapie

Art. 7. § 1. Verstrekkingen die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren :

1° Verstrekkingen verricht aan niet in 2°, 3°, 4°, 5° of 6° van deze paragraaf bedoelde rechthebbenden.

I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.

(2)	(3)			
560011		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560033		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
560055		Als de zitting 560011 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
560092		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
		I. b) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.		
560114		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560136		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
560151		Als de zitting 560114 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
560195		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
		I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.		
560210		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560232		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
560254		Als de zitting 560210 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
560291		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
		II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.		
560313		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
560335		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
560350		Als de zitting 560313 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
560394		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	22

III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.

560416	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
560431	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
560453	Als de zitting 560416 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8

IV. Verstrekkingen verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

560501	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
560523	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10

V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.

560534	560545	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
560556	560560	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10

VI. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor bejaarden of aan rechthebbenden die er verblijven.

560571	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
560593	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
560615	Als de zitting 560571 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8

2° Verstrekkingen, verricht aan rechthebbenden bedoeld in § 11 van dit artikel.

I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.

560652	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560674	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
560696	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2de zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10
560711	Schriftelijk verslag	M	24
560733	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
560755	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 60 minuten heeft	M	45

I. b) Verstrekkingen, verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.

560770	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560792	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
560814	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2de zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10

560836	Schriftelijk verslag	M	24
560851	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
560873	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 60 minuten heeft	M	45
	I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.		
560895	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560910	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
560932	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10
560954	Schriftelijk verslag	M	24
560976	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
560991	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 60 minuten heeft	M	45
	II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis		
561013	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
561035	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
561050	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10
561072	Schriftelijk verslag	M	24
561094	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
561116	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 60 minuten heeft	M	42
	III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.		
561131	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft	M	14,5
561153	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	8
561175	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	8
561190	Schriftelijk verslag	M	14,5
561212	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 60 minuten heeft	M	45
	IV. Verstrekkingen, verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.		
561245	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
561260	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
561282	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10
561304	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 60 minuten heeft	M	42
	V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.		
561315	561326 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
561330	561341 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
	VI. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor bejaarden of aan rechthebbenden die er verblijven.		

561352	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft	M	14,5
561374	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	8
561396	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	8
561411	Schriftelijk verslag	M	14,5
	3° Verstrekkingen verricht aan rechthebbenden die zich in een van de in § 12 van dit artikel omschreven situaties bevinden.		
	I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.		
561433	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	I. b) Verstrekkingen, verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen in een ziekenhuis.		
561455	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	I c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.		
561470	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.		
561492	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.		
561514	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	8
	IV. Verstrekkingen, verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.		
561540	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.		
561551	561562 Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	VI. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor bejaarden of aan rechthebbenden die er verblijven.		
561573	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	8
	4° Verstrekkingen verricht in het kader van perinatale kinesiotherapie overeenkomstig § 13 van dit artikel.		
	I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.		
561595	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
	I. b) Verstrekkingen, verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen in een ziekenhuis.		
561610	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
	I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.		
561632	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24

	II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.	
561654	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 22
	III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.	
561676	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft	M 14,5
	IV. Verstrekkingen, verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.	
561702	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 22
	V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.	
561713	561724 Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 22
	5° Verstrekkingen verricht aan rechthebbenden die zich in een van de in § 14, 5°, A, van dit artikel omschreven situaties bevinden.	
	I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.	
563010	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft.	M 24
563032	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M 10
563054	Als de zitting 563010 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 13
563076	Schriftelijk verslag	M 24
563091	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M 24
	I. b) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.	
563113	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 24
563135	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M 10
563150	Als de zitting 563113 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 13
563172	Schriftelijk verslag	M 24
563194	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M 24
	I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.	
563216	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 24
563231	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M 10
563253	Als de zitting 563216 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 13
563275	Schriftelijk verslag	M 24
563290	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M 24
	II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.	
563312	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 22
563334	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M 10
563356	Als de zitting 563312 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 13

563371		Schriftelijk verslag	M	22
563393		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	22
III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.				
563415		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
563430		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
563452		Als de zitting 563415 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8
563474		Schriftelijk verslag	M	14,5
IV. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor bejaarden of aan rechthebbenden die er verblijven.				
563496		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
563511		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
563533		Als de zitting 563496 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8
563555		Schriftelijk verslag	M	14,5
V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.				
563570	563581	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
563592	563603	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
6° Verstrekkingen verricht aan rechthebbenden die zich in een van de in § 14, 5°, B, van dit artikel omschreven situaties bevinden.				
I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.				
563614		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft.	M	24
563636		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
563651		Als de zitting 563614 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
563673		Schriftelijk verslag	M	24
563695		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
I. b) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.				
563710		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft.	M	24
563732		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
563754		Als de zitting 563710 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
563776		Schriftelijk verslag	M	24
563791		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.				
563813		Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24

563835		Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
563850		Als de zitting 563813 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
563872		Schriftelijk verslag	M	24
563894		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
		II. Verstrekkingen verricht bij de rechthebbenden thuis		
563916		Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
563931		Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
563953		Als de zitting 563916 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
563975		Schriftelijk verslag	M	22
563990		Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	22
		III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.		
564012		Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
564034		Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
564056		Als de zitting 564012 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8
564071		Schriftelijk verslag	M	14,5
		IV. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor bejaarden of aan rechthebbenden die er verblijven.		
564093		Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
564115		Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
564130		Als de zitting 564093 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8
564152		Schriftelijk verslag	M	14,5
		V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.		
564174	564185	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
564196	564200	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10

§ 2. Voor de in de vorige paragraaf omschreven verstrekkingen wordt een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging alleen verleend als ze door een arts zijn voorgeschreven, behalve de verstrekking « schriftelijk verslag » die niet uitdrukkelijk vermeld moet zijn op het voorschrift.

§ 3. Het voorschrift.

1° Het moet een eigenhandig door een arts opgesteld document zijn.

2° Het vermeldt in alle gevallen het maximum aantal zittingen dat kan worden verricht, de diagnose en/of de diagnose-elementen van de te behandelen aandoening, de anatomische lokalisatie van de letsels als die in de diagnose niet wordt verduidelijkt. In voorkomend geval bevat het voorschrift de bijkomende elementen die een tweede zitting op dezelfde dag rechtvaardigen overeenkomstig de bepalingen van § 11 of van § 12, 2°, van dit artikel. Het aantal uitgevoerde zittingen mag lager liggen dan op het voorschrift is vermeld.

3° Het concept van de behandeling en de frequentie worden vastgesteld op initiatief en onder de verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut, behalve als de voorschrijver beide of een van beide vermeldt. Als de kinesitherapeut het niet eens is met de frequentie of met het concept van de voorgeschreven behandeling, neemt hij, met het oog op eventuele wijzigingen, contact op met de voorschrijver. Die wijzigingen alsmede het akkoord van de voorschrijvend geneesheer moeten in het dossier van de rechthebbende worden vermeld.

- 4° De behandeling moet worden aangevat binnen een periode van 30 dagen die volgt na het opmaken van het voorschrift waarop ze betrekking heeft of na het verstrijken van de termijn die door de voorschrijver uitdrukkelijk is vermeld.
- 5° Ingeval de behandelend geneesheer een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek voorschrijft, schrijft de geneesheer een eventuele behandeling voor met verwijzing naar dat onderzoek.
- 6° Het aantal voorgeschreven zittingen mag niet hoger liggen dan 9 per voorschrift voor de rechthebbenden zoals bedoeld in § 1, 1°, I, II, III, V, VI, 3°, I, II, III, V, VI, en 4°. Het aantal voorgeschreven zittingen mag niet hoger liggen dan 30 per voorschrift voor de rechthebbenden zoals bedoeld in § 1, 1°, IV, 2°, 3°, IV, 5° en 6°.

§ 3bis.

1° Toepassingsregels inzake de verstrekking "schriftelijk verslag".

De verstrekkingen 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071 en 564152 mogen slechts éénmaal per kalenderjaar worden aangerekend.

De verstrekkingen 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 563555 mogen slechts eenmaal per pathologische situatie worden aangerekend.

Deze verstrekking moet niet worden voorgeschreven.

Deze verstrekking kan worden aangerekend vanaf de eerste zitting en is cumulatief met een individuele kinesitherapeutische zitting.

Het schriftelijk verslag dient aan de voorschrijvende arts te worden bezorgd :

- op het einde van de behandeling van één van de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A;
- minstens éénmaal per kalenderjaar in het geval van een behandeling van een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B en in § 11;

Het schriftelijk verslag dient te omvatten :

- de vermelding van de behandelde aandoening verwijzend naar het geneeskundig voorschrift.
- de synthese van het kinesitherapeutisch onderzoek opgemaakt bij het begin van de behandeling.
- de beknopte samenvatting van de uitgevoerde behandeling en de evolutie van de patiënt.
- als het geval zich voordoet, een beknopte verwijzing naar de aan de patiënt verstrekte raadgevingen voor secundaire preventie en het aanbevolen thuisprogramma.

Een afschrift van het verslag moet in het dossier bewaard worden.

2° Het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt.

Het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt wordt uitgevoerd op voorschrift van de behandelend geneesheer vooraleer een eventuele behandeling wordt voorgeschreven. Deze verstrekking omvat de mededeling aan de behandelend geneesheer, in een schriftelijk verslag, van de bevindingen van de kinesitherapeut en van een voorstel van een eventuele behandeling.

Per behandeling mag slechts 1 van de volgende verstrekkingen worden aangerekend : 560711, 560733, 560836, 560851, 560954, 560976, 561072, 561094, 561190, 561411, 563076, 563091, 563172, 563194, 563275, 563290, 563371, 563393, 563474, 563555, 563673, 563695, 563776, 563791, 563872, 563894, 563975, 563990, 564071 en 564152.

De term "behandeling" betekent in deze paragraaf een reeks van zittingen voor dezelfde pathologische situatie.

§ 4. Als verstrekkingen die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren, worden de intellectuele en technische handelingen beschouwd die zijn omschreven in artikel 21bis, § 4, van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

§ 5. Het opmaken van een schriftelijk verslag maakt integrerend deel uit van de verstrekkingen van de nomenclatuur.

Voor het opmaken van een schriftelijk verslag dat niet mag worden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering mag de kinesitherapeut geen honorarium vragen.

Onverminderd de bepalingen omschreven in § 3bis moet de kinesitherapeut de voorschrijvende arts een schriftelijk verslag opsturen indien deze het vraagt aan de hand van een voorschrift.

§ 6. De in § 4 bedoelde technieken verantwoorden een verzekeringstegemoetkoming binnen de volgende perken :

- 1° als mobilisatie of fysische therapieën zijn met name uitgesloten : oog- of orthoptische gymnastiek, magnotherapie, sonotherapie (die moet worden onderscheiden van de ultrasone therapie, die hier niet bedoeld is), plantaire reflexologie, auriculotherapie, hippotherapie, alleen uitgevoerde applicaties van warmte en/of koude, acupunctuurverstrekingen, vertebrale tracties op een mechanische tafel of een tafel met elektromotor of door suspensie;
- 2° mogen niet worden vergoed, de verstrekkingen van louter esthetische aard of inzake persoonlijke hygiëne (inzonderheid onderhoudsgymnastiek, fitness, sauna en zonnebank), de verstrekkingen betreffende de voorbereiding en begeleiding in het kader van de uitoefening van elke sportieve activiteit;
- 3° mogen niet worden vergoed, de verstrekkingen in het raam van de situaties bedoeld in artikel 136, § 3, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

- 4° Massage (behoudens in de omstandigheden omschreven in het volgende lid), fysische technieken in het kader van elektrotherapie, ultrasonische therapie, lasertherapie en diverse andere technieken voor warmte-applicatie, mogen uitsluitend worden vergoed als ze aanvullend en dus niet exclusief worden toegepast.

Deze restricties gelden niet voor massage toegepast bij het behandelen van patiënten met verworven of congenitaal lymfoedeem of van patiënten wier gezondheidstoestand geen actieve deelname toelaat.

§ 7. Onder "persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut" moet worden verstaan, de tijd die de kinesitherapeut persoonlijk en uitsluitend besteedt aan de behandeling of evaluatie van de betrokken rechthebbende.

De "globale gemiddelde duur" persoonlijke betrokkenheid wordt geëvalueerd op grond van een periode die, voor alle betrokken verstrekkingen en voor alle patiënten van de kinesitherapeut samen, niet korter mag zijn dan 3 maanden.

§ 8. De realisatie van een dossier per rechthebbende, verdeeld over het geheel van de behandeling, maakt in alle gevallen integrerend deel uit van de kinesitherapiebehandeling.

De term "behandeling" betekent in deze paragraaf, een geheel van prestaties uitgevoerd in het kader van éénzelfde voorschrift.

§ 9. Het individueel dossier van de kinesitherapie moet tenminste de identificatiegegevens, namelijk de naam, de voornaam en de geboortedatum van de patiënt alsook de identificatiegegevens van de voorschrijvend geneesheer, de medische gegevens van het voorschrift, de synthese van de bevindingen van het kinesitherapeutisch onderzoek, evenals een kopie van de eventuele schriftelijke verslagen bezorgd aan de geneesheer, het behandelingsplan en zijn wijzigingen, de verstrekkingen die elke dag zijn geattesteerd en de data van elke zitting bevatten. Dit dossier mag in gedigitaliseerde vorm bestaan.

Het individueel kinesitherapiedossier bevat eveneens, als het geval zich voordoet, de vereiste gegevens, namelijk :

- de wijzigingen aan het voorschrift overeenkomstig § 3, 3°,
- een kopie van het kennisgevingsformulier voor de behandeling van een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, en de elementen die aantonen dat de patiënt zich in een situatie bevindt, beschreven in die § 14, 5°;
- de splitsing van de verstrekkingen overeenkomstig § 15;
- de motivatie van de noodzakelijkheid van een 2e zitting verleend aan rechthebbenden bedoeld in § 11;
- een kopie van het voorschrift dat een 2e zitting op dezelfde dag rechtvaardigt voor de patiënten bedoeld in § 12;
- het medisch verslag aantonend dat een hersenverlamming is opgetreden voor de 7e verjaardag overeenkomstig § 11.

Hetzelfde individueel dossier doet dienst voor al de behandelingen die betrekking hebben op één of meerdere aandoeningen of pathologische situaties.

De houders van een gedigitaliseerd kinesitherapiedossier moeten de data van de verstrekkingen, de naam en de voornaam van de rechthebbenden en de aard van de verstrekkingen, gedefinieerd op grond van het nomenclatuurnummer van de verstrekkingen door middel van een raadpleging van het informatiesysteem onmiddellijk en gesorteerd per gewerkte dag kunnen voorleggen. Deze bepaling treedt in werking op de datum van de afschaffing van de verplichting om een verstrekkingenregister bij te houden.

De volgende bepaling treedt in werking op de datum van de afschaffing van de verplichting om een verstrekkingenregister te houden, waarin is voorzien in het koninklijk besluit van 25 november 1996 tot vaststelling van de regelen inzake het bijhouden van een verstrekkingenregister door de zorgverleners bedoeld in artikel 76 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot bepaling van de administratieve geldboetes in geval van inbreuk op deze voorschriften : er is geen honorarium verschuldigd voor de verstrekkingen waarvoor het dossier onvolledig is bijgehouden.

§ 9bis. De individuele kinesitherapiezitting moet één of meer handelingen omvatten die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren en vereist, indien de toestand van de rechthebbende dit toelaat, een actieve deelname van de patiënt onder de vorm van actieve oefentherapie, inclusief instructies en raadgevingen voor secundaire preventie.

Een actieve deelname is niet vereist bij kinderen waar nog geen bewuste actieve deelname mogelijk is of bij volledig zorgafhankelijken.

Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 30 minuten moet telkens minimum 20 minuten in beslag nemen.

Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 20 minuten moet telkens minimum 15 minuten in beslag nemen.

Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 15 minuten moet telkens minimum 10 minuten in beslag nemen.

De verstrekkingen bij de rechthebbenden thuis mogen enkel worden aangerekend indien de voorschrijvende arts uitdrukkelijk op het voorschrift heeft vermeld dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten.

Met het oog op het opstellen van praktijkprofielen, is een pathologieregistratie onder de vorm van pseudo-codes, verplicht en dit op basis van de pathologische situatie. De modaliteiten van de pathologieregistratie worden door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgelegd op voorstel van de Technische Raad voor Kinesithérapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen.

§ 10. Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 1°.

De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan een patiënt die zich niet bevindt in één van de situaties bedoeld in de §§ 11, 12 of 13, of tot behandeling van een aandoening die niet omschreven is in § 14, 5°, van dit artikel, aanrekenen aan de hand van de in § 1, 1° bedoelde verstrekkingen.

Onverminderd de bepalingen van het volgende lid, mogen de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 per rechthebbende slechts 18 maal per jaar worden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepalingen begint een jaar op 1 januari en eindigt het op 31 december. Wat het jaar 2002 betreft mogen de verstrekkingen 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 en 515955 en de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 in totaal per rechthebbende slechts 18 maal worden aangerekend. Voor de verstrekkingen 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 en 515955 die reeds verleend zijn voor 1 mei 2002 en die bovenstaand aantal overschrijden blijft evenwel de vastgelegde tegemoetkoming verschuldigd.

Indien de rechthebbende in de loop van het kalenderjaar aangetast wordt door een nieuwe pathologische situatie, waarvoor de behandeling moet geattesteerd worden middels de verstrekkingen van §1, 1°, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om, na het verstrijken van de 18 zittingen van de voorafgaande pathologische situatie, over de resterende periode van het in het vorige lid omschreven jaar maximaal 18 bijkomende verstrekkingen per nieuwe pathologische situatie, met een maximum van 36 bijkomende verstrekkingen per jaar, te attesteren.

Die aanvraag moet vergezeld gaan :

- hetzij van een verslag van de behandelend arts waarin de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden worden omschreven;
- hetzij van een verslag van de kinesitherapeut die een overzicht geeft van de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden vermeldt; dit verslag is opgesteld aan de hand van de voorschriften voor de behandelingen van die pathologische situaties; kopies van die voorschriften worden aan het verslag gevoegd.

De aanvraag moet worden ingediend met een aan de adviserend geneesheer persoonlijk geadresseerde brief.

Er mogen geen bijkomende verstrekkingen worden aangerekend alvorens de adviserend geneesheer daarvoor zijn toestemming heeft verleend. De adviserend geneesheer wordt geacht zijn toestemming te hebben verleend als hij binnen 14 dagen na de verzending van de aanvraag zijn weigering niet heeft betekend of geen bijkomende inlichtingen heeft gevraagd; het poststempel geldt als bewijs. Als de adviserend geneesheer bijkomende inlichtingen vraagt aan de behandelend arts stuurt hij een kopie van die vraag naar de kinesitherapeut. De kennisgeving van de weigering wordt met een aangetekende brief aan de rechthebbende meegedeeld en de kinesitherapeut ontvangt een kopie.

Onder nieuwe pathologische situatie moet worden verstaan, een situatie die optreedt na het begin van de kinesitherapeutische behandeling, tijdens hetzelfde kalenderjaar en die losstaat van de oorspronkelijke pathologische situatie.

§ 11. Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 2°.

De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan patiënten die genieten van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, derde lid, c), van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, aanrekenen aan de hand van de in § 1, 2° bedoelde verstrekkingen. Deze verplichting geldt niet indien de rechthebbende zich in de in § 13 vastgestelde situatie bevindt.

Behalve in geval van andersluidende specificatie van de nomenclatuur of van de adviserend geneesheer, mag, benevens een eerste zitting waarvoor een globale gemiddelde duur persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is bepaald, een tweede kinesitherapiezitting op dezelfde dag worden geattesteerd. Die tweede zitting mag alleen worden aangerekend als ze minimum 3 uur na de vorige is uitgevoerd.

Een tweede zitting dezelfde dag is alleen verantwoord als ze onontbeerlijk is voor de gezondheidstoestand van de rechthebbende. De motivering van de noodzaak van die tweede zitting moet ter beschikking van de adviserend geneesheer worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende worden vermeld. De adviserend geneesheer mag altijd tussenbeide komen en de vergoeding van de tweede zitting weigeren indien deze niet verantwoord is. Hij geeft de rechthebbende onmiddellijk kennis van zijn gemotiveerde beslissing, met een kopie, die geadresseerd is aan de kinesitherapeut; die beslissing gaat uiterlijk daags na de kennisgeving van zijn beslissing in.

De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212 en 561304 mogen enkel worden aangerekend bij patiënten die hun 21e verjaardag nog niet hebben bereikt en een hersenverlamming hebben die voor hun 7e verjaardag is opgetreden; het bewijs dat de laatstgenoemde voorwaarde is vervuld, moet met een medisch verslag worden geleverd. Dat medisch verslag moet ter beschikking van de adviserend geneesheer worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende, omschreven in § 8 van dit artikel, worden vermeld. Die verstrekkingen mogen slechts eenmaal per dag worden aangerekend en mogen op dezelfde dag niet worden gecumuleerd met andere verstrekkingen van artikel 7, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De behandeling en maximale frequentie dient te verlopen overeenkomstig aanwijzingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangenomen op voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening.

§ 12. Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 3°.

1° Een tweede zitting mag op dezelfde dag worden aangerekend aan de hand van de verstrekkingen van § 1, 3° :

- a) voor de rechthebbenden die verblijven in een eenheid die erkend is voor de functie intensieve zorg (code 49) of in een dienst N* voor vroeggeborenen (code 19) of in een dienst NIC voor zwakke pasgeborenen (code 27) tijdens de hele duur van het verblijf in die eenheden of diensten.
- b) voor de rechthebbenden die opgenomen zijn of geweest zijn in een ziekenhuis en voor wie één van de volgende verstrekkingen werd aangerekend :
 - van artikel 13, § 1, van de nomenclatuur (reanimatie) : 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 en 214045;
 - van artikel 14, k, van de nomenclatuur (orthopedie) : de verstrekkingen met een waarde gelijk aan of hoger dan N 500, met uitzondering van de verstrekkingen 289015 - 289026, 289030 - 289041, 289052 - 289063 en 289074 - 289085.

Voor de rechthebbenden, hierboven vermeld in a), mag een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend tijdens de hele duur van het verblijf in die eenheden of diensten. Voor de rechthebbenden hierboven vermeld in b), mag maximum 14 keer een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend gedurende de dertig dagen die volgen op de dag waarop één van de verstrekkingen vermeld in b) is aangerekend.

2° Voor de rechthebbenden die zich in een van de situaties omschreven in het voorgaand lid bevinden, kan een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend indien de kinesitherapeut beschikt over een medisch voorschrift dat deze tweede zitting duidelijk rechtvaardigt. In voorkomend geval, in het kader van een controle *a posteriori*, is de kinesitherapeut ertoe gehouden een kopie van dit voorschrift voor te leggen aan de adviserend geneesheer. Dit voorschrift moet het volgende vermelden :

- a) de nomenclatuurcodenummers en de betrekkelijke waarde van de ontvangen reanimatiebehandeling of van de uitgevoerde heelkundige ingreep;
- b) de datum van de ingreep of de datum van de opname in de dienst intensieve verzorging of voor pasgeborenen;
- c) de gewenste frequentie per week en per dag.

3° De tweede zitting van de dag mag alleen worden aangerekend als ze ten minste 3 uur na de vorige heeft plaatsgehad.

§ 13. Toepassingsregels betreffende de perinatale kinesitherapie van § 1, 4°.

De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan de volgende rechthebbenden aanrekenen aan de hand van de verstrekkingen van § 1, 4° :

- zwangere rechthebbenden, in het kader van de voorbereiding op de bevalling;
- parturiënten;
- bevallen rechthebbenden, in het kader van postnatale revalidatie.

De zittingen perinatale kinesitherapie, met uitsluiting van die welke aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende worden verleend, mogen slechts negen keer per zwangerschap worden aangerekend (verstrekkingsnummers : 561595, 561610, 561632, 561654, 561676 en 561713).

§ 14 Toepassingsregels inzake de verstrekkingen van § 1, 5° en 6°.

1° Behoudens indien de rechthebbende gehospitaliseerd is moet de kinesitherapeut :

- elke verstrekking die hij verleent tot behandeling van één van de aandoeningen omschreven in 5°, A, van deze paragraaf aanrekenen aan de hand van de verstrekkingen in § 1, 5°;
- elke verstrekking die hij verleent tot behandeling van één van de aandoeningen omschreven in 5°, B, van deze paragraaf aanrekenen aan de hand van de verstrekkingen in § 1, 6°.

2° De verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 en 563570 mogen maximaal 60 maal per pathologische situatie worden geattesteerd in de periode van 1 jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking.

Onverminderd de bepalingen van het volgende lid, mogen de verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 en 564174 per rechthebbende maximaal 60 maal per kalenderjaar worden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepaling begint een kalenderjaar op 1 januari en eindigt het op 31 december.

Indien de rechthebbende, waarvoor een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, A, bij de adviserend geneesheer werd ingediend, in de loop van het jaar volgend op de eerste verstrekking zoals voorzien in § 14, 2°, eerste lid, wordt aangetast door een nieuwe pathologische situatie kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om :

- hetzij maximaal 18 bijkomende verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534 of 560571 per nieuwe pathologische situatie te attesteren, met een maximum van 36 bijkomende verstrekkingen per jaar, over de resterende periode van het lopende kalenderjaar;

- hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 of 563570 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A, van deze paragraaf te attesteren over een periode van 1 jaar vanaf de startdatum vermeld op de kennisgeving voor de nieuwe pathologische situatie; de periode waarop de vorige kennisgeving slaat wordt afgesloten op de dag voorafgaand aan bovenvermelde startdatum;
- hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 of 564174 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, B van deze paragraaf te attesteren, over de resterende periode van het lopende kalender jaar.

Indien de rechthebbende waarvoor een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B, bij de adviserend geneesheer werd ingediend, in de loop van het kalenderjaar wordt aangetast door een nieuwe pathologische situatie, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om :

- hetzij maximaal 18 bijkomende verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534 of 560571 per nieuwe pathologische situatie te attesteren, met een maximum van 36 bijkomende verstrekkingen per jaar, over de resterende periode van het lopende kalenderjaar
- hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 of 563570 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A, van deze paragraaf te attesteren over een periode van 1 jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking zoals voorzien in § 14, 2°, eerste lid;
- hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 of 564174 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, B, van deze paragraaf te attesteren, over de resterende periode van het lopende kalenderjaar.

Die aanvraag moet vergezeld gaan van, zo nodig, de kennisgeving voorzien in § 14, 4°, en :

- hetzij van een verslag van de behandelend arts waarin de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden worden omschreven;
- hetzij van een verslag van de kinesitherapeut die een overzicht geeft van de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden vermeldt; dit verslag is opgesteld aan de hand van de voorschriften voor de behandelingen van die pathologische situaties; kopies van die voorschriften worden aan het verslag gevoegd.

De aanvraag moet worden ingediend met een aan de adviserend geneesheer persoonlijk geadresseerde brief. Er mogen geen bijkomende verstrekkingen worden geattesteerd alvorens de adviserend geneesheer daarvoor zijn toestemming heeft verleend. De adviserend geneesheer wordt geacht zijn toestemming te hebben verleend als hij binnen 14 dagen na de verzending van de aanvraag zijn weigering niet heeft betekend of geen bijkomende inlichtingen heeft gevraagd; het poststempel geldt als bewijs. De kennisgeving van de weigering wordt met een aangetekende brief aan de rechthebbende meegedeeld en de kinesitherapeut ontvangt een kopie.

Onder nieuwe pathologische situatie moet worden verstaan, een situatie die optreedt na het begin van de kinesitherapeutische behandeling en die losstaat van de oorspronkelijke pathologische situatie.

Indien in het begin van de behandeling de kinesitherapeut verstrekkingen met een globale gemiddelde duur van 30 minuten of een globale gemiddelde duur van 20 minuten uit § 1, 1° aanreken omdat het op dat moment niet duidelijk is of de pathologische situatie overeenstemt met een situatie omschreven in 5° van deze paragraaf dan worden die aangerekende verstrekkingen meegeteld in het kader van het hierboven bepaald maximum van 60 verstrekkingen.

3° De behandeling en maximale frequentie dient te verlopen overeenkomstig aanwijzingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden vastgelegd op voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening.

4° Een kennisgeving van de behandeling van een pathologische situatie bedoeld in 5° van deze paragraaf wordt door de kinesitherapeut aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende bezorgd middels een persoonlijk geadresseerde brief uiterlijk binnen 20 kalenderdagen na de dag waarop de eerste verstrekking van § 1, 5° of 6°, voor die pathologische situatie werd verleend. Bij verlenging voor de situaties bedoeld in § 14, 5°, B, dient de kennisgeving uiterlijk binnen 20 kalenderdagen na de dag van de eerste verstrekking in het kader van deze verlenging aan de adviserend geneesheer bezorgd te worden.

Indien de termijn van 20 kalenderdagen niet in acht is genomen, is de verzekeringstegemoetkoming slechts verschuldigd voor de verstrekkingen die verricht werden vanaf de dag na de verzending van de kennisgeving. Het poststempel geldt als bewijs voor de datum van verzending. Bij het niet respecteren van de termijn van 20 dagen kan de adviserend geneesheer niettemin beslissen om de behandeling vanaf de eerste zitting ten laste te nemen. Deze beslissing kan enkel genomen worden nadat de verstrekker schriftelijk een aanvaardbare motivatie voor de laattijdige kennisgeving heeft overgemaakt.

Deze kennisgeving slaat op :

- een periode van één jaar, te rekenen vanaf de datum van de eerste verstrekking in het kader van de behandeling van een pathologische situatie zoals bedoeld in § 14, 5°, A;
- een periode die loopt tot het einde van het tweede kalenderjaar dat volgt op het jaar van de eerste verstrekking of van de eerste verstrekking na een verlenging in het kader van de behandeling van een pathologische situatie zoals bedoeld in § 14, 5°, B.

Deze kennisgeving omvat tenminste :

- de identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum en het inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling);
- de identificatiegegevens van de kinesitherapeut (naam, voornaam, erkenningsnummer), datum van het begin van de behandeling;
- de benaming van één van de pathologische situaties beschreven in § 14, 5°;
- de bevestiging vanwege de kinesitherapeut dat hij beschikt over een deugdelijk voorschrift voor de behandeling van één van de in § 14, 5° bedoelde situaties, en dat hij kennis heeft genomen van de standaarden voor verzorging zoals ze door het Verzekeringscomité werden vastgelegd.

Een afschrift van het voorschrift alsook de elementen die aantonen dat de patiënt zich in een situatie beschreven in § 14, 5°, bevindt, moeten in het dossier bewaard worden.

Het model van deze kennisgeving wordt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op voorstel van de Technische Raad voor Kinesitherapie na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen.

Als overgangsmaatregel stuurt de kinesitherapeut voor de pathologische situaties :

- waarvoor vóór 1 januari 2003 een kennisgeving aan de adviserend geneesheer werd bezorgd conform § 14, 4°;
- en waarvoor de globale behandeling niet onderbroken werd, tenzij om medische redenen;
- en die vanaf 1 januari 2003 bedoeld zijn in § 14, 5°, A,

een nieuwe kennisgeving op.

De kennisgeving slaat dan op een periode van 1 jaar te rekenen vanaf de datum van de eerste verstrekking van 2003.

5° De volgende situaties komen in aanmerking voor de in deze paragraaf beschreven bepalingen :

A. Situaties waarvan behandeling aangerekend wordt aan de hand van de verstrekkingen bedoeld in § 1, 5° :

a) Volgende posttraumatische of postoperatieve aandoeningen :

- 1) Situaties waarin één of meerdere verstrekkingen uit artikel 14, *k*) (orthopedie), I (heelkundige verstrekkingen) en III (diagnostische en therapeutische arthroscopieën) zijn aangerekend en waarin de verstrekking of de som van die verstrekkingen overeenkomt met een waarde van N 200 of meer;
- 2) Situaties waarin een verstrekkingen uit artikel 14, *b*) (neurochirurgie) zijn aangerekend en waarin deze verstrekking overeenkomt met een waarde van K 225 of meer.
- 3) Situaties waarbij een van de verstrekkingen 226973-226984, 226995-227006 of 227054-227065 is geattesteerd uit artikel 14, *e*) van de nomenclatuur (gehele of gedeeltelijke mammectomie of tumorectomie met klieruitruiming).

De behandeling moet een rechtstreeks gevolg zijn van deze ingrepen. Tussen beiden moet een oorzakelijk verband bestaan, en de globale behandeling van de patiënt mag niet onderbroken zijn, tenzij om medische redenen.

b) Situaties waarbij de verstrekkingen 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 en 214045 (artikel 13, § 1 van de nomenclatuur (reanimatie)) werden aangerekend bij rechthebbenden die opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis.

De behandeling moet een rechtstreeks gevolg zijn van deze ziekenhuisopname. Tussen beide moet een oorzakelijk verband bestaan, en de globale behandeling van de patiënt mag niet onderbroken zijn, tenzij om medische redenen.

c) Situaties waarbij de rechthebbenden opgenomen zijn geweest :

- hetzij in een eenheid die erkend is voor de functie intensieve zorg (code 49);
- hetzij in een dienst N* voor vroeggeborenen (code 19);
- hetzij in een dienst NIC voor zwakke pasgeborenen (code 27).

De behandeling moet een rechtstreeks gevolg zijn van de ziekenhuisopname. Tussen beide moet een oorzakelijk verband bestaan, en de globale behandeling van de patiënt mag niet onderbroken zijn, tenzij om medische redenen.

d) Ademhalingsinsufficiëntie bij kinderen onder 16 jaar met tracheo-, laryngo- of bronchomalacie of recidiverende lage luchtweginfecties.

Deze aandoening moet minstens initieel aangetoond worden door medische beeldvorming.

e) Motorisch deficit en invalidering als gevolg van :

- 1) mononeuropathie (bijvoorbeeld dropvoet, drophand);
- 2) motorische of gemengde polyneuropathie;

Voor situaties 1) en 2) wordt het motorisch deficit gekwantificeerd door een gestandaardiseerde manuele spierkrachttest waarbij volgens de classificatie van de 'Medical Research Council' een score van 3 of lager wordt toegekend. Een consultatie van een geneesheer-specialist en de nodige diagnostische onderzoeken waaronder neurofysiologische tests hebben voorafgaand plaatsgevonden. Ingeval in het medisch verslag de oorzaak van de neuropathie en klinisch beeld duidelijk zijn, inzonderheid voor diabetes en alcoholmisbruik, kan de behandeling aangevat worden zonder verdere neurofysiologische investigatie.

3) myopathie geïnduceerd door medicatie of door acuut of chronisch contact met toxische stoffen.

Myopathie geïnduceerd door gebruik van corticosteroiden (uitgezonderd zalven en inhalatiesteroiden), cytostatica, aminoglycosiden of statines, of geïnduceerd door acuut of chronisch contact met toxische stoffen.

De diagnose van een myopathie geïnduceerd door medicatie dient gesteld te worden door een geneesheer-specialist die het contact en de temporele associatie met de medicatie attesteert.

Het motorisch deficit dient steeds geobjectiveerd te worden door een gestandaardiseerde spierkrachttest. Het resultaat van deze test dient beneden 70 % van de normaalwaarde te zijn. Het is de geneesheer-specialist die de test uitvoert op een gevalideerde wijze met een betrouwbaar meetinstrument en die bepaalt of het resultaat beneden 70 % van de normaalwaarde ligt. Het resultaat van de spierkrachttest dient steeds vermeld te worden.

De diagnose van een myopathie geïnduceerd door acuut of chronisch contact met toxische stoffen dient naast wat in het vorige lid is bepaald ondersteund te zijn door een elektromyografisch onderzoek.

Een begin- en eindbilan worden bewaard in het individueel dossier.

f) Situaties in het domein van de orthopedie – traumatologie :

- 1) wervelbreuk die gedurende minstens drie weken met een gipsverband, een korset of een orthese werd geïmmobiliseerd;
- 2) bekkenbreuk die gedurende minstens drie weken een immobilisatie of een partieel of volledig steunverbod vereist;
- 3) breuken aan de knieschijf, het tibiaplateau, de humeruskop, de elleboog of intra-articulaire breuk ter hoogte van de ledematen, die gedurende minstens drie weken werden geïmmobiliseerd;
- 4) luxatie van de elleboog, de heup, de heupprothese of van het schoudergewricht of schouderprothese;
- 5) ernstige knieverstuiking met gehele of partiële ruptuur van één of meerdere ligamenten.

g) Adhesieve capsulitis (frozen shoulder) gekenmerkt door een kapsulair patroon (glenohumerale bewegingsbeperking).

Het kapsulair patroon heeft de volgorde : exorotatie - abductie – endorotatie.

Het onderzoeksresultaat wordt beschouwd als positief als :

- de beweging in drie richtingen beperkt is (tenminste verhoogde spanning aan het eind van de beweging) en de genoemde volgorde herkenbaar wordt,
- de glenohumerale abductie beperkt is tot 70° of minder.

Als normvergelijking fungeert de niet-aangedane schouder.

Het begin- en eindbilan worden in het individueel kinesitherapiedossier bewaard.

h) Situaties die een uro-, gynaeco-, colo-, of proctologische revalidatie vereisen

- 1) Bewezen neuropathie, zowel bij vrouwen als bij mannen.
- 2) Postoperatieve revalidatie van sfincter disfunctie na :
 - (01) radicale prostatectomie of adenomectomie;
 - (02) totale cystectomie met vervangblaas ingeplant op de urethra bij patiënten die lijden aan urinaire incontinentie en/of verminderd aandranggevoel;
 - (03) verwijdering van een deel van het spijsverteringskanaal met behoud van de anale sfincter;
 - (04) verzakking van blaas, rectum of baarmoeder na een chirurgische ingreep.
- 3) Functionele aandoeningen bij kinderen tot de 16e verjaardag tengevolge van één van de volgende disfuncties of misvormingen :
 - (01) urinaire aandoeningen die op korte en middellange termijn een bedreiging vormen voor de hogere urinewegen :
 - dissynergie tussen blaas en sfincter;
 - recidiverende urinewegeninfecties;
 - postoperatief syndroom van ureterale kleppen;
 - vesicale immaturiteit;
 - (02) infantiele encopresis.

Deze verstrekkingen kunnen enkel worden aangerekend nadat voorafgaandelijk voor het behandelen van deze pathologische situatie 18 verstrekkingen volgens § 1, 1°, werden aangerekend.

Zij worden voorgeschreven door de behandelende geneesheer-specialist, nadat de kinesitherapeut, aan de hand van een begin- en eindbilan een duidelijke verbetering van de symptomen heeft aangetoond. Het begin- en eindbilan, alsook de resultaten van het onderzoek en het advies van de behandelend geneesheer-specialist worden in het individueel kinesitherapiedossier bewaard.

- B. Situaties waarvan behandeling aangerekend wordt aan de hand van de verstrekkingen bedoeld in § 1, 6° :
- a) Situaties die een gangrevalidatie noodzakelijk maken voor rechthebbenden vanaf hun 70e verjaardag, met persisterende fragiliteit, te objectiveren door de behandelend geneesheer en kinesitherapeut aan de hand van de volgende kenmerken :

- 1) recidiverend vallen en/of aanwezigheid van een osteoporotische fractuur;
- 2) in combinatie met twee van de volgende testresultaten;
 - (01) - gestoorde gang of inspanningscapaciteit, te documenteren door een 6 minuten looptest met een loopafstand kleiner dan 350 meter;
 - (02) - afgenomen spierkracht te documenteren door een knijpkracht kleiner dan 0,4 Bar (= 40 kPa) in de dominante hand;
 - (03) - gestoorde gang en evenwicht, te documenteren door een Tinetti test met een score kleiner dan 20/28.

De objectivering gebeurt met een uitgebreid bilan met medisch en kinesitherapeutisch verslag, ondertekend door de behandelende geneesheer en de kinesitherapeut. Dit bilan omvat onder meer de indicatie voor de oefeningen, beschrijving van de locomotorische toestand aan de hand van hoger beschreven testen, opgave van de co-morbiditeit en van het medicatiegebruik, motivatie van de oudere en de gedetailleerde beschrijving van het oefenprogramma.

- b) Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen :
- 1) bij kinderen onder 16 jaar, na advies en behandelingsvoorstel door een specialist in de (neuro)pediatrie en met een significant zwakkere score op een gestandaardiseerde test;
 - 2) bij kinderen tot en met 18 maanden met klinisch duidelijke ontwikkelingsstoornissen vastgesteld door middel van evaluatie in een gespecialiseerde multidisciplinaire equipe, waar ten minste een (neuro)pediater deel van uitmaakt.
- c) Ademhalingsinsufficiëntie bij rechthebbenden die opgevolgd worden in het kader van de typerevalidatie-overeenkomst inzake langdurige zuurstoftherapie thuis of bij thuisbeademing.
- d) Chronische motorische of gemengde polyneuropathie.

Het motorisch deficit wordt gekwantificeerd door een gestandaardiseerde manuele spierkrachttest waarbij volgens de classificatie van de 'Medical Research Council' een score van 3 of lager wordt toegekend. Een consultatie van een geneesheer-specialist en de nodige diagnostische onderzoeken waaronder neurofysiologische testen hebben voorafgaand plaatsgevonden. In geval in het medisch verslag de oorzaak van de neuropathie en klinisch beeld duidelijk zijn, inzonderheid voor diabetes en alcoholmisbruik, kan de behandeling aangevat worden zonder verdere neurofysiologische investigatie.

- e) Chronisch vermoeidheidssyndroom/fibromyalgie :
- 1) voor patiënten lijdend aan het chronisch vermoeidheidssyndroom, indien tijdens of na de tenlasteneming in een revalidatieprogramma verdere graduele oefentherapie als zinvol wordt beoordeeld door de multidisciplinaire equipe van het referentiecentrum voor patiënten lijdend aan het Chronisch vermoeidheidssyndroom.
 - 2) voor patiënten lijdend aan fibromyalgie, indien een kinesitherapeutisch oefenprogramma deel uitmaakt van het behandelingsplan zoals opgesteld door de multidisciplinaire equipe van een referentiecentrum voor de tenlasteneming van patiënten met chronische pijn. Als overgangsmaatregel en totdat er referentiecentra voor chronische pijn functioneren kunnen multidisciplinaire pijncentra de rol van de referentiecentra voor chronische pijn overnemen.

De aard en de frequentie van het oefenprogramma is in overeenstemming met het concept zoals gestipuleerd in het behandelingsplan overeengekomen tussen de huisarts en de multidisciplinaire equipe van het referentiecentrum.

§ 15. De zitting waarvoor een "globale gemiddelde duur" persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut wordt gedefinieerd, kan worden opgesplitst in verscheidene periodes. Dat moet in het dossier worden vermeld.

§ 16. Het bedrag van de honoraria voor de zittingen die zijn vermeld in § 1 van dit artikel, dekt eveneens de kosten voor het eventueel gebruik van toestellen en producten die normaal deel uitmaken van de verrichte verstrekkingen.

§ 17. Behalve in de gevallen, vermeld in §§ 3bis, 11 en 12, mogen per rechthebbende de in § 1 vermelde verstrekkingen slechts één keer per dag worden aangerekend.

§ 18. Behalve in de gevallen die zijn vermeld in §§ 10 en 14, is de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging niet afhankelijk van de voorafgaande instemming van de adviserend geneesheer.

Laatstgenoemde kan evenwel a posteriori de gegrondheid van die tegemoetkoming nagaan. Hij kan op elk ogenblik :

1° gemotiveerd verzet aantekenen tegen de toekenning van een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Hij geeft daarvan met een aangetekende brief kennis aan de rechthebbende en stuurt een kopie naar de kinesitherapeut.

Totdat er eventueel een andere beslissing wordt genomen, geldt dit verzet als een weigering tot tegemoetkoming voor alle latere verstrekkingen. Die weigering tot tegemoetkoming gaat op zijn vroegst in op de 2e werkdag na de datum van de verzending van de kennisgeving, waarbij het poststempel als bewijs geldt;

2° met terugwerkende kracht gemotiveerde weigeringen uitspreken die gebaseerd zijn op het niet naleven van de bepalingen van de nomenclatuur of elke wijziging, die gemotiveerd is wegens het niet naleven van de bepalingen van die nomenclatuur, aanbrengen in de codenummers van de nomenclatuur die door de kinesitherapeut zijn geattesteerd.

§ 19. Per verstrekker mogen gemiddeld slechts 30 verstrekkingen per dag worden aangerekend, waarvan maximum 20 verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 of 20 minuten of een globale gemiddelde duur van 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist. Deze dagelijkse gemiddelde aantallen worden geraamd over een periode die niet korter dan 90 dagen mag zijn en rekening houdt met de dagen met effectieve activiteit zoals aangetoond uit de kinesitherapeutische dossiers en/of het register en dit voor het geheel van de verstrekkingen en voor alle patiënten van de kinesitherapeut samen.

Voor de bepaling van het gemiddeld aantal verstrekkingen per dag stemt de verstrekking met een globale gemiddelde duur van 60 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut overeen met twee verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist.

§ 20. De in dit artikel, § 1 vermelde verstrekkingen mogen alleen maar worden aangerekend door de kinesitherapeuten die houder zijn van een erkenning overeenkomstig het koninklijk besluit van 15 april 2002 betreffende de erkenning als kinesitherapeut en de erkenning van bijzondere beroepstitels en bijzondere bekwaamheden.

De verstrekkingen, vermeld in de rubrieken I en II van § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5° en 6°, mogen enkel worden aangerekend door kinesitherapeuten die voldoen aan de volgende voorwaarden :

a) beschikken over een kinesitherapiepraktijkkamer die tenminste omvat :

1° een lokaal, voorzien van één of meer cabines, en sanitaire installaties, uitsluitend bestemd voor beroepsgebruik, die gedurende 38 uur per week beschikbaar zijn;

2° een wachtkamer;

3° materieel dat beantwoordt aan de normen inzake veiligheid en doeltreffendheid, waarbij alle geneeskundige voorschriften die worden aanvaard door de kinesitherapeut of kinesitherapeuten die er praktiseren, integraal kunnen worden uitgevoerd;

4° een op een zichtbare plaats ten behoeve van de patiënten aangebracht bericht dat de nodige informatie bevat met betrekking tot de tarifiering en de eventuele toetreding tot de nationale overeenkomst van de kinesitherapeut of kinesitherapeuten die in de kinesitherapiepraktijkkamer praktiseren.

b) een verklaring op erewoord hebben bezorgd aan de Dienst voor geneeskundige verzorging met vermelding van het adres van de kinesitherapiepraktijkkamer.

De conformiteit van de kinesitherapiepraktijkkamers met de voormelde bepalingen wordt door de Dienst voor geneeskundige verzorging aangenomen op grond van de verklaring op erewoord, vermeld in het vorige lid. De als conform erkende kinesitherapiepraktijkkamers worden geïdentificeerd door hun adres. Elke adreswijziging moet onverwijld met een ter post aangetekende brief worden meegedeeld aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Indien verscheidene kinesitherapeuten, die aan bovenvermelde installatienormen voldoen, dezelfde kinesitherapiepraktijkkamer delen, zijn zij ertoe gehouden dat mee te delen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging en bij hun verklaring ofwel een afschrift van de overeenkomst onder zelfstandige kinesitherapeuten, ofwel een afschrift van de arbeidsovereenkomst te voegen; in die overeenkomst moeten de uren zijn vermeld tijdens welke elke kinesitherapeut kan beschikken over een lokaal en over het materieel, bedoeld in het tweede lid, a), 1° tot 4°.

De kinesitherapeuten die houder zijn van een bijzondere erkenning waarvoor normen gelden die zijn bepaald in artikel 73 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet, gecoördineerd op 14 juli 1994, behouden het recht om alle verstrekkingen vermeld in § 1 van dit artikel te attesteren.

Als het voorschrift meer dan 10 zittingen omvat, mag het getuigschrift worden opgemaakt en aan de rechthebbende afgegeven telkens als een reeks van 10 zittingen is bereikt.

§ 21. Geen enkel getuigschrift voor verstrekte hulp mag worden opgemaakt voor de verstrekkingen die zijn verricht door een persoon die niet als kinesitherapeut is erkend en die de plaats inneemt van een erkende kinesitherapeut, zelfs als laatstgenoemde aanwezig is.

De erkende kinesitherapeut die belast is met de praktijkopleiding van de student kinesitherapie, mag evenwel de verstrekkingen attesteren die onder zijn leiding zijn verricht en waaraan hij de hele tijd van de uitvoering ervan door een stagiair heeft meegewerkt; die mogelijkheid is beperkt tot één stagiair per erkende kinesitherapeut per uitgevoerde of geattesteerde verstrekking.

Onder stagiair moet worden verstaan, een student kinesitherapie in het laatste jaar van zijn opleiding of een student revalidatiewetenschappen en kinesitherapie in zijn voorlaatste en laatste jaar van zijn opleiding.

De stagiair mag in geen geval de plaats innemen van een erkende kinesitherapeut.

De zo verleende verstrekkingen moeten als dusdanig worden ingeschreven in het verstrekkingenregister waarin is voorzien in het koninklijk besluit van 25 november 1996 tot vaststelling van de regelen inzake het bijhouden van een verstrekkingenregister door de zorgverleners, bedoeld in artikel 76 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot bepaling van de administratieve geldboetes in geval van inbreuk op deze voorschriften; daartoe moeten in dat register de identiteit van de stagiair, zijn school of universiteit en zijn studiejaar worden vermeld.

—
Nota's

(2) Rangnummer voorbehouden voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

(3) Rangnummer voorbehouden voor in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 18 december 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

—
Annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

NOMENCLATURE

CHAPITRE III — Soins courants

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° ou 6° du présent paragraphe.

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

(2)	(3)		M	
560011		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
560033		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
560055		Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
560092		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.				
560114		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
560136		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
560151		Lorsque la séance 560114 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
560195		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé.				
560210		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24

560232	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
560254	Lorsque la séance 560210 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
560291	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.			
560313	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
560335	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
560350	Lorsque la séance 560313 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
560394	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	22
III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.			
560416	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5
560431	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8
560453	Lorsque la séance 560416 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8
IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.			
560501	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
560523	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.			
560534	560545 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
560556	560560 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.			
560571	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5
560593	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8
560615	Lorsque la séance 560571 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8
2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article.			
I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.			
560652	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
560674	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
560696	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	M	10
560711	Rapport écrit	M	24
560733	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24

560755	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	45
I. b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.			
560770	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
560792	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
560814	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	M	10
560836	Rapport écrit	M	24
560851	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
560873	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	45
I. c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.			
560895	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
560910	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
560932	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	M	10
560954	Rapport écrit	M	24
560976	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
560991	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	45
II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.			
561013	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
561035	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
561050	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	M	10
561072	Rapport écrit	M	24
561094	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
561116	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	42
III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.			
561131	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	14,5
561153	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	8
561175	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	M	8
561190	Rapport écrit	M	14,5
561212	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	45
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	22
561260	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
561282	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	M	10
561304	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	42

		V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.		
561315	561326	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
561330	561341	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
		VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
561352		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	14,5
561374		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	8
561396		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11	M	8
561411		Rapport écrit	M	14,5
		3 ^e Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 12 du présent article.		
		I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		
561433		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		I. b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.		
561455		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		I c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un l'hôpital dans un service médical organisé.		
561470		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
561492		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
561514		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	8
		IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.		
	561540	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.		
561551	561562	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
561573		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	8
		4 ^e Prestations effectuées dans le cadre de la kinésithérapie périnatale conformément au § 13 du présent article.		
		I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		

561595		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
		I. b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.		
561610		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
		I. c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.		
561632		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
		II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
561654		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
		III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
561676		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	14,5
		IV. Prestations effectuées au bénéficiaire hospitalisé.		
	561702	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
		V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.		
561713	561724	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
		5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, A, du présent article.		
		I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.		
563010		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes.	M	24
563032		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563054		Lorsque la séance 563010 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
563076		Rapport écrit	M	24
563091		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.		
563113		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563135		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563150		Lorsque la séance 563113 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
563172		Rapport écrit	M	24
563194		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé.		
563216		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563231		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563253		Lorsque la séance 563216 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13

563275		Rapport écrit	M	24
563290		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.				
563312		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
563334		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563356		Lorsque la séance 563312 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
563371		Rapport écrit	M	22
563393		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	22
III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.				
563415		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5
563430		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8
563452		Lorsque la séance 563415 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8
563474		Rapport écrit	M	14,5
IV. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.				
563496		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5
563511		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8
563533		Lorsque la séance 563496 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8
563555		Rapport écrit	M	14,5
V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.				
563570	563581	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
563592	563603	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article.				
I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.				
563614		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes.	M	24
563636		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563651		Lorsque la séance 563614 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
563673		Rapport écrit	M	24
563695		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.				
563710		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes.	M	24
563732		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10

563754		Lorsque la séance 563710 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
563776		Rapport écrit	M	24
563791		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé.		
563813		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
563835		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563850		Lorsque la séance 563813 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
563872		Rapport écrit	M	24
563894		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
563916		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
563931		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
563953		Lorsque la séance 563916 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
563975		Rapport écrit	M	22
563990		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	22
		III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
564012		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5
564034		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8
564056		Lorsque la séance 564012 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8
564071		Rapport écrit	M	14,5
		IV. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
564093		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5
564115		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8
564130		Lorsque la séance 564093 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14, du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8
564152		Rapport écrit	M	14,5
		V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.		
564174	564185	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
564196	564200	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10

§ 2. Les prestations définies au paragraphe précédent ne font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé que lorsqu'elles sont prescrites par un docteur en médecine, sauf la prestation "rapport écrit", qui ne doit pas être mentionné explicitement sur la prescription.

§ 3. La prescription.

- 1° Elle doit revêtir la forme d'un écrit rédigé personnellement par un médecin.
- 2° Elle indique dans tous les cas le nombre maximum de séances pouvant être effectué, le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter, la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne la précise pas. Le cas échéant elle comportera les éléments complémentaires, justifiant une deuxième séance journalière, conformément aux dispositions du § 11 ou du § 12, 2°, du présent article. Le nombre de séances effectuées peut être inférieur à celui figurant sur la prescription.
- 3° La conception du traitement et la fréquence sont déterminées à l'initiative et sous la responsabilité du kinésithérapeute sauf si le prescripteur précise celles-ci ou l'une de celles-ci. En cas de désaccord sur la conception et la fréquence du traitement prescrit, le kinésithérapeute prendra contact avec le prescripteur en vue d'éventuelles modifications. Ces modifications ainsi que la mention de l'accord du médecin prescripteur seront mentionnées au dossier du bénéficiaire.
- 4° Le traitement doit être entamé dans les 30 jours qui suivent l'établissement de la prescription auquel il se rapporte ou bien après l'expiration du délai qui a été mentionné explicitement par le prescripteur.
- 5° En cas de prescription par le médecin traitant d'un examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif, le médecin prescrit un éventuel traitement avec référence à cet examen.
- 6° Le nombre de séances prescrites ne peut être supérieur à 9 par prescription pour les bénéficiaires comme prévu au § 1^{er}, 1°, I, II, III, V, VI, 3°, I, II, III, V, VI et 4°. Le nombre de séances prescrites ne peut être supérieur à 30 par prescription pour les bénéficiaires comme prévu au § 1^{er}, 1°, IV, 2°, 3°, IV, 5° et 6°.

§ 3bis.

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

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

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

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 au § 14, 5°, A;
- 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.

- 2° L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif.

L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif est effectué sur prescription du médecin traitant avant qu'un éventuel traitement ne soit prescrit. Cette prestation comprend la communication au médecin traitant, sous la forme d'un rapport écrit, des constatations faites par le kinésithérapeute et d'une proposition de traitement éventuel.

Seulement une des prestations suivantes peut être attestée par traitement : 560711, 560733, 560836, 560851, 560954, 560976, 561072, 561094, 561190, 561411, 563076, 563091, 563172, 563194, 563275, 563290, 563371, 563393, 563474, 563555, 563673, 563695, 563776, 563791, 563872, 563894, 563975, 563990, 564071 et 564152.

Le terme "traitement" signifie dans ce paragraphe, une série de séances pour la même situation pathologique.

§ 4. Entrent en ligne de compte au titre de prestations de la compétence d'un kinésithérapeute, les actes intellectuels et techniques définis à l'article 21bis, § 4, de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

§ 5. La rédaction d'un rapport écrit fait partie intégrante des prestations de la nomenclature.

Pour la rédaction d'un rapport écrit qui ne peut pas être porté en compte à l'assurance soins de santé obligatoire, le kinésithérapeute ne peut pas demander d'honoraire.

Nonobstant les dispositions prévues au § 3bis, le kinésithérapeute doit adresser un rapport écrit au médecin prescripteur lorsque celui-ci le demande sur base d'une prescription.

§ 6. Les techniques visées au § 4 justifient une intervention de l'assurance dans les limites qui suivent :

- 1° sont notamment exclues au titre de mobilisation ou de thérapies physiques : la gymnastique oculaire ou orthoptique, la magnothérapie, la sonothérapie (à distinguer de l'ultrasonothérapie qui n'est pas ici visée), la réflexologie plantaire, l'auriculothérapie, l'hippothérapie, les applications de chaud et/ou de froid exécutées seules, les prestations d'acupuncture, les tractions vertébrales par table mécanique ou à moteur électrique ou par suspension;
- 2° ne peuvent être remboursées, les prestations à caractère purement esthétique ou d'hygiène individuelle (par exemple : la gymnastique d'entretien, le fitness, les séances de sauna et de bronzage) les prestations d'accompagnement et de préparation de toute activité sportive;
- 3° ne peuvent être remboursées, les prestations dans le cadre des situations visées à l'article 136, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;
- 4° Les massages (excepté dans les circonstances décrites à l'alinéa suivant), les techniques physiques dans le cadre de l'électrothérapie, la thérapie par ultrasons, la thérapie laser et les autres diverses techniques d'application de chaleur, peuvent uniquement être remboursés s'ils sont appliqués en complément et non pas exclusivement.

Ces restrictions ne s'appliquent pas au massage utilisé pour des patients avec un lymphoedème acquis ou congénital ou pour des patients dont l'état de santé ne permet pas une participation active.

§ 7. Par "apport personnel du kinésithérapeute", il faut entendre le temps qui est personnellement et exclusivement consacré par le kinésithérapeute au traitement ou à l'évaluation du bénéficiaire concerné.

La "durée globale moyenne" d'apport personnel s'évalue sur un terme qui ne peut être inférieur à 3 mois pour l'ensemble des prestations concernées et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

§ 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.

Le terme "traitement" signifie dans ce paragraphe, un ensemble de prestations effectuées dans le cadre d'une même prescription.

§ 9. Le dossier individuel de kinésithérapie comportera au minimum les données d'identification du patient, c'est-à-dire le nom, le prénom et la date de naissance ainsi que les données d'identification du médecin prescripteur, les données médicales de la prescription, la synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique, de même qu'une copie des éventuels rapports écrits communiqués au médecin, le plan de traitement et ses modifications, les prestations attestées chaque jour et les dates de chaque séance. Ce dossier peut être établi sous une forme digitalisée.

Le dossier kinésithérapeutique individuel comprend également, le cas échéant, des données indispensables à savoir :

- les modifications à la prescription conformément au § 3, 3°,
- une copie du formulaire de notification pour le traitement d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, et les éléments qui démontrent que le patient se trouve dans une situation décrite dans ce § 14, 5°,
- la scission des prestations conformément au § 15,
- la motivation de la nécessité d'une deuxième séance effectuée aux bénéficiaires visés au § 11,
- la copie de la prescription justifiant une deuxième séance la même journée pour les patients visés au § 12,
- le rapport médical qui démontre qu'une infirmité motrice cérébrale a débuté avant le 7^e anniversaire conformément au § 11.

Le même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

Les détenteurs d'un dossier kinésithérapeutique digitalisé doivent pouvoir produire par une consultation du système informatique les dates des prestations, le nom et prénom des bénéficiaires et la nature des prestations dispensées, définies par leur numéro de la nomenclature des prestations. Ces données doivent être disponibles immédiatement et classées par jour de travail. Cette disposition entre en vigueur le jour de la suppression de l'obligation de tenir un registre des prestations.

Dès la date de suppression de l'obligation de tenir un registre des prestations, prévue par l'arrêté royal du 25 novembre 1996 fixant les modalités de tenue d'un registre de prestations par les dispensateurs de soins visés à l'article 76 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et déterminant les amendes administratives applicables en cas d'infraction à ces dispositions, la disposition suivante entrera en vigueur : aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles la tenue du dossier est incomplète.

§ 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 dans laquelle l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 minutes, doit durer au moins 20 minutes.

Une séance dans laquelle l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 20 minutes, doit durer au moins 15 minutes.

Une séance dans laquelle l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 15 minutes, doit durer au moins 10 minutes.

Les prestations effectuées au domicile des bénéficiaires ne peuvent être attestées que si le médecin prescripteur a expressément mentionné sur la prescription que le patient ne peut quitter son domicile pour des raisons médicales ou sociales.

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 convention kinésithérapeutes-organismes assureurs.

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

Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 1°, toute prestation qu'il dispense à un patient ne se trouvant pas dans une des situations visées aux §§ 11, 12 ou 13, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5°, du présent article.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 18 fois par an. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. En ce qui concerne l'année 2002, les prestations 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 et 515955 et les prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 ne peuvent au total être attestées que 18 fois par bénéficiaire. Pour les prestations 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 et 515955 qui ont été effectuées avant le 1^{er} mai 2002 et qui dépassent le nombre précité, le remboursement prévu reste néanmoins dû.

Si au cours de l'année civile, le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique, pour lequel le traitement doit être attesté au moyen des prestations du § 1, 1° le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester à la fin des 18 séances pour la pathologie précédente, 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an pendant la période restante de l'année définie à l'alinéa précédent.

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 communique 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.

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 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, alinéa 3, c), 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 la bénéficiaire se trouve dans la situation prévue au § 13.

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 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui n'ont pas encore atteint leur 21^e anniversaire et sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant le 7^e anniversaire; la preuve qu'il est satisfait à la dernière 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.

Le traitement et la fréquence maximale doivent se dérouler conformément aux indications et 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 convention kinésithérapeutes – organismes assureurs. Cette disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

§ 12. Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 3°.

1° Une deuxième séance pour la même journée peut être attestée au moyen des prestations du § 1^{er}, 3° :

- a) pour les bénéficiaires séjournant dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs reconnu comme tel (code 49) ou un service N* de soins néonataux intensifs (code 19) ou un service NIC pour nouveaux-nés faibles (code 27) pendant toute la durée du séjour dans ces unités ou ces 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^{er}, de la nomenclature (réanimation) : 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 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 unités ou les services concernés. 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° 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. 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.

3° La deuxième séance de la journée, ne peut être portée en compte que si elle a été effectuée au minimum 3 heures après la précédente.

§ 13. Règles d'application concernant les prestations de kinésithérapie périnatale du § 1^{er}, 4°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 4°, les prestations dispensées aux :

- bénéficiaires enceintes, dans le cadre de la préparation à l'accouchement;
- parturientes;
- accouchées, dans le cadre de la rééducation postnatale.

Les prestations de kinésithérapie périnatale, à l'exclusion de celles effectuées à un bénéficiaire hospitalisé, ne peuvent être portées en compte que neuf fois par grossesse (numéros de prestations : 561595, 561610, 561632, 561654, 561676 et 561713).

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

1° Sauf si le bénéficiaire est hospitalisé, le kinésithérapeute est tenu :

- d'attester au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 5°, toutes les prestations qu'il effectue en vue de traiter une des affections décrites au 5°, A, du présent paragraphe;
- d'attester au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 6°, toutes les prestations qu'il effectue en vue de traiter une des affections décrites au 5°, B, du présent paragraphe.

2° Les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 et 563570 peuvent être attestées au maximum 60 fois par situation pathologique, sur la période de un an à partir de la date de la première prestation

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 ou 564174 peuvent être attestées, par bénéficiaire, au maximum 60 fois par année civile. Pour l'application de la présente disposition, une année civile commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre.

Si le bénéficiaire pour lequel une notification d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, A, a été introduite auprès du médecin-conseil, est atteint, au cours de l'année qui suit la première prestation prévue au § 14, 2°, premier alinéa, d'une nouvelle situation pathologique, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation :

- soit d'attester au maximum 18 prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534 ou 560571 supplémentaires par nouvelle situation pathologique, avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an, au cours de la période restante de l'année civile en cours;
- soit d'attester au maximum 60 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, de ce paragraphe, au cours d'une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée;
- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 ou 564174 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, au cours de la période restante de l'année civile en cours.

Si le bénéficiaire pour lequel une notification d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, a été introduite auprès du médecin-conseil, est atteint, au cours de l'année civile, d'une nouvelle situation pathologique, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation :

- soit d'attester au maximum 18 prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534 ou 560571 supplémentaires par nouvelle situation pathologique, avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an, au cours de la période restante de l'année civile en cours;
- soit d'attester au maximum 60 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, de ce paragraphe, au cours d'une période d'un an à partir de la date de la première prestation, comme il est prévu au § 14, 2°, premier alinéa;
- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 ou 564174 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, au cours de la période restante de l'année civile en cours.

Cette demande doit être accompagnée, si nécessaire, de la notification prévue en § 14, 4°, et :

- 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. La notification de la décision de refus est adressée, par lettre recommandée à la poste, au bénéficiaire avec copie au kinésithérapeute.

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.

Si au début du traitement, le kinésithérapeute atteste des prestations avec une durée globale moyenne de 30 minutes ou une durée de minimum 20 minutes du § 1^{er}, 1°, parce qu'il n'est pas encore clair à ce moment si la situation pathologique correspond à une situation décrite sous le 5° du présent paragraphe, il faut tenir compte de ces prestations dans le cadre du maximum de 60 prestations visé ci-dessus.

3° Le traitement et la fréquence maximale doivent 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 convention kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

4° Une notification de traitement d'une situation pathologique visée au 5° du présent paragraphe sera adressée par le kinésithérapeute par courrier personnel au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, au plus tard 20 jours civils après le jour où la première prestation visée au § 1^{er}, 5° ou 6°, a été dispensée pour cette situation pathologique. En cas de prolongation pour les situations visées au § 14, 5°, B, la notification doit être adressée au médecin-conseil au plus tard 20 jours civils après le jour de la première prestation dans le cadre de cette prolongation.

Si le délai de 20 jours civils n'est pas respecté, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les prestations effectuées à partir du jour qui suit l'envoi du formulaire. Le cachet de la poste fait foi de la date d'envoi. En cas de non-respect du délai de 20 jours, le médecin-conseil peut néanmoins décider de prendre le traitement en charge à partir de la première séance. Cette décision ne peut être prise qu'après que le dispensateur ait transmis par écrit une motivation acceptable justifiant la notification tardive.

Cette notification porte :

- dans le cas d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, A, sur une période d'un an à partir de la date de la 1^{ère} prestation;
- dans le cas d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, jusqu'à la fin de la 2^e année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1^{ère} prestation du traitement a eu lieu ou au cours de laquelle la 1^{ère} prestation qui suit une prolongation de ce traitement a été effectuée.

Cette notification doit comprendre au moins :

- les données d'identification du patient (le nom, le prénom, la date de naissance et le numéro d'inscription à l'organisme assureur);
- les données d'identification du kinésithérapeute (le nom, le prénom, le numéro d'agrément), la date du début du traitement;
- le libellé d'une des situations pathologiques décrites au § 14, 5°;
- la confirmation du kinésithérapeute selon laquelle il dispose d'une prescription correcte pour le traitement de l'une des situations visées au § 14, 5°, et qu'il a pris connaissance des standards de soins fixés par le Comité de l'assurance.

Une copie de la prescription ainsi que les éléments indiquant que le patient se trouve dans une situation décrite au § 14, 5°, doivent être conservés dans le dossier.

Le modèle de cette notification est établi par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs.

A titre de disposition transitoire, le kinésithérapeute envoie une nouvelle notification pour les situations pathologiques :

- pour lesquelles une notification a été envoyée au médecin-conseil avant le 1^{er} janvier 2003, conformément au § 14, 4°;
- et pour lesquelles le traitement global n'a pas été interrompu, sauf pour raisons médicales;
- et qui sont prévues au § 14, 5°, A, à partir du 1^{er} janvier 2003.

Dans ce cas, la notification porte sur une période d'un an à partir de la date de la 1^{re} prestation de 2003.

5° Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe :

A. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 5° :

a) Affections posttraumatiques ou postopératoires suivantes :

- 1) situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, *k*) (orthopédie), I (prestations chirurgicales) et III (arthroscopies diagnostiques et thérapeutiques), sont attestées et pour lesquelles la prestation ou la somme de ces prestations correspond à une valeur de N200 ou plus;
- 2) situations dans lesquelles une prestation de l'article 14, *b*) (neurochirurgie) est attestée et pour laquelle la prestation correspond à une valeur de K225 ou plus.
- 3) situations dans lesquelles une des prestations 226973 – 226984, 226995 – 227006 ou 227054 – 227065 de l'article 14, *e*) de la nomenclature est attestée (mastectomie ou tumorectomie partielle ou totale avec évidemment ganglionnaire).

Le traitement doit être une conséquence directe de ces interventions. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'intervention, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

b) Situations dans lesquelles les prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045 (article 13, § 1^{er}, de la nomenclature (réanimation)) ont été attestées pour des bénéficiaires qui ont été hospitalisés;

Le traitement doit être une conséquence directe de cette hospitalisation. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'intervention ou l'hospitalisation, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

c) Situations dans lesquelles les bénéficiaires ont été admis :

- soit dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs (code 49);
- soit dans un service N* pour prématurés (code 19);
- soit dans un service NIC pour nouveau-nés faibles (code 27).

Le traitement doit être une conséquence directe de l'hospitalisation. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'hospitalisation, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

d) Insuffisance respiratoire pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- ou bronchomalacie ou d'infections récidivantes des voies respiratoires inférieures.

Cette affection doit être au moins initialement démontrée par imagerie médicale.

e) Déficit moteur et invalidité à la suite :

- 1) d'une mononeuropathie (par exemple pied tombant ou main tombante);
- 2) d'une polyneuropathie motrice ou mixte.

Pour les situations 1 et 2 ci-dessus, le déficit moteur est quantifié par un test manuel de force musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on attribue un score de 3 ou moins. Une consultation chez un spécialiste et les examens diagnostiques nécessaires, dont des tests neurophysiologiques, auront eu lieu préalablement. Lorsque dans le rapport médical, la cause de la neuropathie et l'image clinique sont claires, en particulier dans les domaines du diabète et des abus d'alcool, le traitement peut être entrepris sans autre investigation neurophysiologique.

3) Myopathie induite par médication ou par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques.

Myopathie induite par usage de corticostéroïdes (excepté les onguents et les stéroïdes en inhalation), cytostatiques, aminoglycosides ou statines, ou induite par un contact aigu ou chronique avec des substances toxiques.

Le diagnostic d'une myopathie induite par médication doit être posé par un médecin-spécialiste qui atteste le contact et l'association temporaire avec la médication.

Le déficit moteur doit toujours être objectivé par un test de force musculaire standard. Le résultat de ce test doit se situer sous les 70 % de la valeur normale. C'est le médecin spécialiste qui exécute le test selon une méthode validée avec un instrument de mesure fiable et qui détermine si le résultat se situe sous les 70 % de la valeur normale. Le résultat du test de force musculaire doit toujours être mentionné.

Le diagnostic d'une myopathie induite par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques doit, en plus de ce qui est prévu à l'alinéa précédent, être étayé par un examen électromyographique.

Les bilans de début et de fin de traitement doivent être conservés dans le dossier individuel.

f) Situations dans le domaine de l'orthopédie – traumatologie :

- 1) fracture vertébrale qui a nécessité une immobilisation par plâtre, corset ou orthèse d'au moins trois semaines;
- 2) fracture du bassin qui nécessite une immobilisation ou une décharge totale ou partielle d'au moins trois semaines;
- 3) fracture de la rotule, du plateau tibial, de la tête humérale, du coude ou fracture intra-articulaire à la hauteur des membres, qui ont nécessité une immobilisation d'au moins trois semaines;
- 4) luxation du coude, de la hanche, de la prothèse de hanche ou de l'articulation de l'épaule ou de la prothèse de l'épaule;
- 5) entorse grave du genou avec rupture totale ou partielle d'un ou de plusieurs ligaments.

g) Capsulite rétractile (frozen shoulder) caractérisée par un schéma capsulaire (limitation glénohumérale du mouvement).

Le schéma capsulaire suit l'ordre suivant : rotation externe – abduction – rotation interne.

Le résultat de l'examen est considéré positif si :

- le mouvement est limité dans trois directions (avec au moins une plus grande résistance à la fin du mouvement) et l'ordre mentionné est reconnaissable;
- l'abduction glénohumérale est limitée à 70° au moins.

Le côté sain est utilisé comme norme de comparaison.

Les bilans de début et de fin de traitement doivent être conservés dans le dossier individuel.

h) Situations nécessitant une rééducation uro-, gynéco-, colo- ou proctologique :

- 1) Neuropathie avérée, tant chez les femmes que chez les hommes.
- 2) Rééducation postopératoire du dysfonctionnement sphinctérien après :
 - (01) Prostatectomie radicale ou adénomectomie.
 - (02) Cystectomie totale avec entéro-cystoplastie chez des patients présentant une incontinence urinaire et/ou un déficit de sensibilité de réplétion vésicale.
 - (03) Amputation d'une partie du système digestif avec maintien du sphincter anal.
 - (04) Prolapsus vésical, rectal ou utérin après intervention chirurgicale.
- 3) Pathologies fonctionnelles de l'enfant jusqu'au 16e anniversaire dues à des dysfonctionnements ou des malformations :
 - (01) Infections urinaires pouvant constituer une menace pour le haut appareil urinaire à court et moyen termes :
 - Dyssynergie vésico-sphinctérienne.
 - Infections urinaires à répétition.
 - Syndrome des valves urétérales post-opératoires.
 - Immaturité vésicale.
 - (02) Encoprésie infantile.

Ces prestations ne peuvent être attestées que si, préalablement, 18 prestations selon le § 1, 1°, ont été attestées pour le traitement de cette situation pathologique.

Elles sont prescrites par le médecin spécialiste traitant après que le kinésithérapeute a démontré une nette amélioration des symptômes, au moyen d'un bilan de début et de fin de traitement. Le bilan de début et de fin, ainsi que les résultats de l'examen et l'avis du médecin spécialiste traitant sont conservés dans le dossier individuel de kinésithérapie.

- B. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 6° :
- a) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche pour les bénéficiaires à partir de leur 70^{ème} anniversaire présentant une fragilité persistante, à objectiver par le médecin traitant et le kinésithérapeute au moyen des caractéristiques suivantes :
- 1) chutes récurrentes et/ou présence d'une fracture ostéoporotique;
 - 2) combinée avec deux des résultats de tests suivants :
 - (01) - trouble de la marche ou de la capacité d'effort, à documenter par un test de marche de 6 minutes sur une distance à parcourir de moins de 350 mètres;
 - (02) - diminution de la puissance musculaire, à documenter par une puissance de poigne inférieure à 0,4 Bar (ou 40 kP) dans la main dominante;
 - (03) - trouble de la marche et de l'équilibre, à documenter par un test Tinetti avec un score inférieur à 20/28.
- L'objectivation se fait avec un bilan extensif avec rapport médical et kinésithérapeutique, signé par le médecin traitant et le kinésithérapeute. Ce bilan contient entre autre l'indication pour les exercices, la description de l'état locomoteur à l'aide des tests décrits ci-dessus, la mention de la comorbidité et de l'usage de médicaments, la motivation de la personne âgée et la description détaillée du programme d'entraînement;
- b) Troubles du développement psychomoteur :
- 1) chez les enfants de moins de 16 ans, après avis d'un spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé;
 - 2) chez les enfants jusqu'à 18 mois inclus, présentant des troubles manifestes cliniques du développement établis à l'aide d'une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée, qui compte au moins un (neuro)pédiatre.
- c) Insuffisance respiratoire chez les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile.
- d) Polyneuropathie chronique motrice ou mixte.

Le déficit moteur est quantifié par un test manuel de force musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on attribue un score de 3 ou moins. Une consultation chez un spécialiste et les examens diagnostiques nécessaires, dont des tests neurophysiologiques, auront eu lieu préalablement. Lorsque dans le rapport médical, la cause de la neuropathie et l'image clinique sont claires, en particulier dans les domaines du diabète et des abus d'alcool, le traitement peut être entrepris sans autre investigation neurophysiologique.

- e) Syndrome de fatigue chronique/fibromyalgie :
- 1) pour les patients souffrant du 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 d'exercices graduelle est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.
 - 2) pour les patients souffrant de fibromyalgie, si un programme d'exercices kinésithérapeutiques fait partie du plan de traitement établi par l'équipe multidisciplinaire d'un centre de douleur chronique. Comme règle de transition et en attendant que des centres de référence de douleur chronique fonctionnent, les centres de douleur multidisciplinaires peuvent prendre le rôle de centre de référence de douleur chronique.

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

§ 15. La séance pour laquelle une "durée globale moyenne" d'apport personnel du kinésithérapeute est définie peut être scindée en plusieurs périodes. Il doit en être fait mention au dossier.

§ 16. Le montant des honoraires des séances visées au § 1^{er} du présent article couvre également les frais d'utilisation éventuelle des appareillages et produits qui font normalement partie des prestations effectuées.

§ 17. Sauf dans les cas prévus aux §§ 3bis, 11 et 12, par bénéficiaire, les prestations visées au § 1^{er} ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par journée.

§ 18. Sauf dans les cas prévus aux §§ 10 et 14, l'intervention de l'assurance soins de santé n'est pas subordonnée à l'accord préalable du médecin-conseil.

Ce dernier peut cependant vérifier a posteriori le bien fondé de cette intervention. Il peut, à tout moment :

- 1° prononcer une opposition motivée à l'octroi d'une intervention de l'assurance soins de santé. Il la notifie, par lettre recommandée à la poste, au bénéficiaire avec copie au kinésithérapeute.

Jusqu'à une éventuelle autre décision, cette opposition vaut refus d'intervention pour toutes les prestations ultérieures. Ce refus d'intervention prend cours au plus tôt à partir du 2^e jour ouvrable suivant la date de l'envoi de sa notification, le cachet de la poste faisant foi;

- 2° prononcer, avec effet rétroactif, des refus motivés, basés sur le non-respect des dispositions de la nomenclature ou apporter toute modification, motivée par le non-respect des dispositions de ladite nomenclature, aux numéros de code de la nomenclature attestés par le kinésithérapeute.

§ 19. Par dispensateur, il ne peut être porté en compte en moyenne par journée que 30 prestations, dont maximum 20 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 ou 20 minutes ou une durée de minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée. Ces nombres moyens journaliers s'évaluent sur une période d'activité effective qui ne peut être inférieure à 90 jours et qui tient compte des journées d'activité effective comme inscrit dans les dossiers kinésithérapeutiques et/ou le registre pour l'ensemble des prestations et l'ensemble des patients du kinésithérapeute.

Pour la détermination du nombre moyen de prestations par journée, la prestation d'une durée de minimum 60 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute vaut deux prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée.

§ 20. Les prestations visées au § 1^{er} du présent article ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes titulaires d'un agrément conformément à l'arrêté royal du 15 avril 2002 relatif à l'agrément en qualité de kinésithérapeute et à l'agrément des titres particuliers et des qualifications particulières.

Les prestations visées aux rubriques I et II du 1^o, 2^o, 3^o, 4^o, 5^o et 6^o ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes qui satisfont aux conditions suivantes :

- a) disposer d'un cabinet de kinésithérapie comportant au moins :
 - 1^o un local, comportant une ou plusieurs cabines, et des installations sanitaires, à usage exclusivement professionnel, qui sont disponibles pendant 38 heures par semaine;
 - 2^o une salle d'attente;
 - 3^o du matériel répondant aux normes de sécurité et d'efficacité et permettant d'exécuter dans leur intégralité toutes les prescriptions médicales qui seront acceptées par le ou les kinésithérapeutes qui y exercent;
 - 4^o un avis destiné aux patients, apposé à un endroit visible, et contenant l'information nécessaire au sujet de la tarification et l'adhésion éventuelle à la convention nationale du ou des kinésithérapeutes qui exercent dans le cabinet de kinésithérapie.
- b) avoir introduit auprès du Service des soins de santé une déclaration sur l'honneur mentionnant l'adresse du cabinet de kinésithérapie.

La conformité des cabinets de kinésithérapie aux dispositions susvisées est admise par le Service des soins de santé sur base de la déclaration sur l'honneur visée au point b). Les cabinets de kinésithérapie reconnus conformes sont identifiés par leur adresse. Tout changement d'adresse doit être immédiatement communiqué, par lettre recommandée à la poste, au Service des soins de santé.

Si plusieurs kinésithérapeutes, satisfaisant aux normes d'installation susvisées, se partagent le même cabinet de kinésithérapie, ils sont tenus de le signaler au Service des soins de santé et de joindre à leur déclaration soit une copie de la convention entre kinésithérapeutes indépendants, soit une copie du contrat de travail; cette convention doit préciser les heures au cours desquelles chaque kinésithérapeute peut disposer d'un local et du matériel tels que visés au 2^o alinéa a), 1^o à 4^o.

Les kinésithérapeutes, titulaires d'un agrément spécial soumis à des normes d'installation définies à l'article 73 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, conservent le droit d'attester toutes les prestations mentionnées au § 1^{er} du présent article.

Lorsque la prescription de kinésithérapie porte sur plus de 10 séances, l'attestation peut être établie et remise au bénéficiaire chaque fois qu'une série de 10 séances est atteinte.

§ 21. Aucune attestation de soins ne peut être établie pour les prestations effectuées par une personne non agréée comme kinésithérapeute qui se substitue à un kinésithérapeute agréé, même en la présence de dernier.

Cependant, le kinésithérapeute agréé chargé de la formation pratique de l'étudiant en kinésithérapie peut attester les prestations effectuées sous sa direction, avec sa participation continue pendant tout le temps de leur réalisation par un stagiaire; cette possibilité est limitée à un seul stagiaire par kinésithérapeute agréé par prestation exécutée ou attestée.

Il faut entendre par stagiaire, un étudiant en kinésithérapie en dernière année de sa formation ou un étudiant en sciences de la rééducation fonctionnelle et kinésithérapie en avant dernière et en dernière année de sa formation.

En aucun cas, le stagiaire ne peut se substituer au kinésithérapeute agréé.

Les prestations ainsi dispensées seront inscrites comme telles dans le registre des prestations prévu à l'arrêté royal du 25 novembre 1996 fixant les modalités de tenue d'un registre de prestations par les dispensateurs de soins visés à l'article 76 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et déterminant les amendes administratives applicables en cas d'infraction à ces dispositions, lequel comportera à cet effet l'identité du stagiaire, son école ou son université et son année d'étude.

Nota's

(2) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires non hospitalisés.

(3) Numéro d'ordre réservé à des bénéficiaires hospitalisés.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 18 décembre 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE