

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 2540

[C — 2010/22332]

22 JULI 2010. — Koninklijk besluit tot wijziging 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

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, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2007 en § 2, 2°, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op 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;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 29 mei 2009, 26 juni 2009, 25 september 2009, 23 oktober 2009, 18 december 2009 en 22 januari 2010;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 29 mei 2009, 26 juni 2009, 25 september 2009, 23 oktober 2009, 18 december 2009 en 22 januari 2010;

Gelet op het advies van de Overeenkomstcommissie kinesitherapeuten B verzekeringsinstellingen gegeven op 23 juni 2009, 29 september 2009, 29 oktober 2009, 2 februari 2010 en 4 maart 2010;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 10 maart 2010;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 15 maart 2010;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 26 maart 2010;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Staatsecretaris voor Begroting van 17 mei 2010;

Gelet op het advies 48.320/2 van de Raad van State, gegeven op 23 juni 2010 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1° van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met maatschappelijke integratie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 18 december 2002 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 april 2004, 17 februari 2005, 23 november 2005, 24 mei 2006, 1 juli 2006, 26 november 2006, 7 juni 2007, 20 oktober 2008, 26 april 2009, 29 april 2009 en 29 augustus 2009 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1, 1°, III, 2°, III, 3°, III, 4°, III, 5°, III, en 6°, III, wordt het opschrift « Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven » telkens aangevuld met de woorden « of voor rechthebbenden die in een psychiatrische verzorgingstehuis verblijven ».

2° In § 1, 2°, verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212 en 561304 worden de cijfers 42 en 45 vervangen door het cijfer 48.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 2540

[C — 2010/22332]

22 JUILLET 2010. — Arrêté royal modifiant l'annexe de 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, article 35, § 1^{er}, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2007 et § 2, 2°, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu les propositions du Conseil technique de la kinésithérapie, faites les 29 mai 2009, 26 juin 2009, 25 septembre 2009, 23 octobre 2009, 18 décembre 2009 et 22 janvier 2010;

Vu les avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donnés les 29 mai 2009, 26 juin 2009, 25 septembre 2009, 23 octobre 2009, 18 décembre 2009 et 22 janvier 2010;

Vu les avis de la Commission de convention kinésithérapeutes B organismes assureurs donnés les 23 juin 2009, 29 septembre 2009, 29 octobre 2009, 2 février 2010 et 4 mars 2010;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 10 mars 2010;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 15 mars 2010;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 26 mars 2010;

Vu l'accord de Notre Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 17 mai 2010;

Vu l'avis 48.320/2 du Conseil d'Etat, donné le 23 juin 2010 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A 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, remplacé par l'arrêté royal du 18 décembre 2002 et modifié par les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1^{er} juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009 et 29 août 2009 sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1^{er}, 1°, III, 2°, III, 3°, III, 4°, III, 5°, III, et 6°, III, le titre « Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant » est chaque fois complété par les mots « ou pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques ».

2° Au § 1^{er}, 2°, prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212 et 561304, les chiffres 42 et 45 sont remplacés par le chiffre 48.

3° § 1, 2°, I. a) wordt aangevuld als volgt :		3° Le § 1, 2°, I. a) est complété par les dispositions suivantes :		
563332	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut per recht-hebbende minimaal 45 minuten duurt	M 36	563332 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M 36
562413	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut per recht-hebbende een totale duur van minimum 60 minuten heeft en ten minste twee verschillende periodes van behandeling inhoudt	M 48	562413 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M 48
4° § 1, 2°, I. b) wordt aangevuld als volgt :		4° Le § 1 ^{er} , 2°, I. b) est complété par les dispositions suivantes :		
562354	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut per recht-hebbende minimaal 45 minuten duurt	M 36	562354 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M 36
562435	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut per recht-hebbende een totale duur van minimum 60 minuten heeft en ten minste twee verschillende periodes van behandeling inhoudt	M 48	562435 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M 48
5° § 1, 2°, I. c) wordt aangevuld als volgt :		5° Le § 1 ^{er} , 2°, I. c) est complété par les dispositions suivantes :		
562376	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut per recht-hebbende minimaal 45 minuten duurt	M 36	562376 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M 36
562450	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut per recht-hebbende een totale duur van minimum 60 minuten heeft en ten minste twee verschillende periodes van behandeling inhoudt	M 48	562450 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M 48
6° § 1, 2°, II. wordt aangevuld als volgt :		6° Le § 1 ^{er} , 2°, II. est complété par les dispositions suivantes :		
562391	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut per recht-hebbende minimaal 45 minuten duurt	M 36	562391 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M 36
562472	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut per recht-hebbende een totale duur van minimum 60 minuten heeft en ten minste twee verschillende periodes van behandeling inhoudt	M 48	562472 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M 48
7° In § 1, 6°, I. a) wordt, tussen de verstrekkingen 563636 en 563651, een verstrekking ingevoegd, luidende :		7° Au § 1 ^{er} , 6°, I. a) une prestation rédigée comme suit est insérée entre les prestations 563636 et 563651 :		
564270	Als de zittingen 563614 en 639656 niet mogen worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per recht-hebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 24	564270 Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées 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 24
8° In § 1, 6°, I. b) wordt, tussen de verstrekkingen 563732 en 563754, een verstrekking ingevoegd, luidende :		8° Au § 1 ^{er} , 6°, I. b) une prestation rédigée comme suit est insérée entre les prestations 563732 et 563754 :		
564292	Als de zittingen 563710 en 639671 niet mogen worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per recht-hebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M 24	564292 Lorsque les séances 563710 et 639671 ne peuvent être attestées 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 24

9° In § 1, 6°, I., c) wordt, tussen de verstrekkings 563835 en 563850, een verstreking ingevoegd, luidende :

564314 Als de zittingen 563813 en 639693 niet mogen 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 24

10° In § 1, 6°, II., wordt, tussen de verstrekkings 563931 en 563953, een verstreking ingevoegd, luidende :

564336 Als de zittingen 563916 en 639715 niet mogen 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 24

11° In § 1, 6°, III., wordt, tussen de verstrekkings 564034 en 564056, een verstreking ingevoegd, luidende :

564351 Als de zittingen 564012 en 639730 niet mogen 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 20 minuten heeft M 24

12° In § 1, 6°, IV., wordt, tussen de verstrekkings 564115 en 564130, een verstreking ingevoegd, luidende :

564373 Als de zittingen 564093 en 639752 niet mogen 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 20 minuten heeft M 24

13° In § 1, 6°, I., a) wordt de omschrijving van de verstreking 563651 vervangen door een omschrijving luidende :

Als de zittingen 563614, 564270 en 639656 niet mogen 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

14° In § 1, 6°, I., b) wordt de omschrijving van de verstreking 563754 vervangen door een omschrijving luidende :

Als de zittingen 563710, 564292 en 639671 niet mogen 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

15° In § 1, 6°, I., c) wordt de omschrijving van de verstreking 563850 vervangen door een omschrijving luidende :

Als de zittingen 563813, 564314 en 639693 niet mogen 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

16° In § 1, 6°, II., wordt de omschrijving van de verstreking 563953 vervangen door een omschrijving luidende :

Als de zittingen 563916, 564336 en 639715 niet mogen 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

9° Au § 1^{er}, 6°, I., c) une prestation rédigée comme suit est insérée entre les prestations 563835 et 563850 :

564314 Lorsque les séances 563813 et 639693 ne peuvent être attestées 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 24

10° Au § 1^{er}, 6°, II., une prestation rédigée comme suit est insérée entre les prestations 563931 et 563953 :

564336 Lorsque les séances 563916 et 639715 ne peuvent être attestées 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 24

11° Au § 1^{er}, 6°, III., une prestation rédigée comme suit est insérée entre les prestations 564034 et 564056 :

564351 Lorsque les séances 564012 et 639730 ne peuvent être attestées 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 24

12° Au § 1^{er}, 6°, IV., une prestation rédigée comme suit est insérée entre les prestations 564115 et 564130 :

564373 Lorsque les séances 564093 et 639752 ne peuvent être attestées 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 24

13° Au § 1^{er}, 6°, I., a) l'intitulé de la prestation 563651 est remplacé par un intitulé rédigé comme suit :

Lorsque les séances 563614, 564270 et 639656 ne peuvent être attestées 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.

14° Au § 1^{er}, 6°, I., b) l'intitulé de la prestation 563754 est remplacé par un intitulé rédigé comme suit :

Lorsque les séances 563710, 564292 et 639671 ne peuvent être attestées 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

15° Au § 1^{er}, 6°, I., c) l'intitulé de la prestation 563850 est remplacé par un intitulé rédigé comme suit :

Lorsque les séances 563813, 564314 et 639693 ne peuvent être attestées 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.

16° Au § 1^{er}, 6°, II., l'intitulé de la prestation 563953 est remplacé par un intitulé rédigé comme suit :

Lorsque les séances 563916, 564336 et 639715 ne peuvent être attestées 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.

17° In § 1, 6°, III., wordt de omschrijving van de verstrekking 564056 vervangen door een omschrijving luidende :

Als de zittingen 564012, 564351 en 639730 niet mogen 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 20 minuten heeft

18° In § 1, 6°, IV., wordt de omschrijving van de verstrekking 564130 vervangen door een omschrijving luidende :

Als de zittingen 564093, 564373 en 639752 niet mogen 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 20 minuten heeft

19° In § 10, wordt het derde lid vervangen als volgt :

« Indien de rechthebbende aangetast wordt in de loop van het kalenderjaar door een nieuwe pathologische situatie, waarvoor de behandeling moet geattesteerd worden middels de verstrekkingen van § 1, 1°, kan de kinesitherapeut hiervoor aan de adviserend geneesheer een aanvraag sturen. Deze laatste kan toestemming verlenen om, na het verstrijken van de 18 eerste zittingen van het kalenderjaar, over de resterende periode van het kalenderjaar, 18 bijkomende verstrekkingen per nieuwe pathologische situatie te attesteren. Deze bijkomende toestemming mag maximaal twee maal per kalenderjaar worden verleend. De toestemming van de adviserend geneesheer voor 18 bijkomende verstrekkingen verbiedt het attesteren van het eventueel saldo van de 18 vorige verstrekkingen niet. »;

20° § 10 wordt aangevuld met twee leden luidende :

« Indien, tijdens de in § 14, 4°, tweede lid, eerste of tweede streepje vastgestelde geldigheidsduur van een kennisgeving voor een pathologische situatie omschreven in § 14, 5°, A. of B., de rechthebbende wordt aangetast door een eerste pathologische situatie van het kalenderjaar omschreven in de huidige paragraaf zijn de regels beschreven in de huidige paragraaf van toepassing. In dit geval moet geen aanvraag of kennisgeving bij de adviserend geneesheer ingediend worden voor de eerste pathologische situatie bedoeld in de huidige paragraaf gedurende de geldigheidsduur bedoeld in § 14, 4°, tweede lid, eerste of tweede streepje.

Indien een tweede en/of derde nieuwe pathologische situatie van het kalenderjaar bedoeld in de huidige paragraaf optreedt gedurende de genoemde geldigheidsperiode bedoeld in de § 14, 5°, A. of B., moet een aanvraag zoals beschreven in deze paragraaf opgestuurd worden door de kinesitherapeut naar de adviserend geneesheer. »;

21° In § 11, eerste lid worden de woorden « van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, derde lid, c), van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 » vervangen door de woorden « van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 »;

22° In § 11, vierde lid in het Frans worden de woorden « avant le 7e anniversaire » vervangen door de woorden « avant leur 7e anniversaire »;

23° § 11, vierde lid, wordt aangevuld als volgt : « met uitzondering van de verstrekkingen « schriftelijk verslag » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190 en 561411) waarmee cumulatie mogelijk is. »

24° In § 11, worden, tussen het vijfde en het zesde lid, zes leden ingevoegd, luidende :

De verstrekkingen 562332, 562354, 562376 en 562391 mogen voor de aandoeningen, bedoeld in artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, a), c) of d) van het Koninklijk Besluit van 23 maart 1982, maximaal 50 keer worden geattesteerd tijdens een periode van één jaar vanaf de datum van de eerste uitgevoerde verstrekking 562332, 562354, 562376 of 562391, na het verblijf van de rechthebbende in een ziekenhuis of in een revalidatiecentrum (subacute fase) en zonder onderbreking van de zorgverlening tenzij om medische redenen. Die verstrekkingen moeten worden voorgeschreven door een geneesheer, houder van de kwalificatie van geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie en/of houder van de kwalificatie van specialist voor functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten. Het medisch voorschrift moet de noodzaak van verstrekkingen van minimum 45 minuten vermelden. Een kopie van dat voorschrift moet ter beschikking van de adviserend geneesheer worden gehouden en vermeld worden in het dossier van de rechthebbende, beschreven in § 9 van dit artikel.

Het recht om die verstrekkingen 562332, 562354, 562376 en 562391 te attesteren wordt slechts één keer per rechthebbende toegekend, behalve wanneer de initiële aandoening zich opnieuw voordoet of wanneer er een nieuwe aandoening, bedoeld in artikel 7, § 3, tweede lid 2, 3°, a), c) of d) van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 optreedt. Voor een eventuele nieuwe toekenning van dat recht worden dezelfde toegangs-criteria vereist als deze die in de vorige alinea worden beschreven.

17° Au § 1^{er}, 6°, III., l'intitulé de la prestation 564056 est remplacé par un intitulé rédigé comme suit :

Lorsque les séances 564012, 564351 et 639730 ne peuvent être attestées 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 20 minutes.

18° Au § 1^{er}, 6°, IV., l'intitulé de la prestation 564130 est remplacé par un intitulé rédigé comme suit :

Lorsque les séances 564093, 564373 et 639752 ne peuvent être attestées 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.

19° Au § 10, le troisième alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Si, le bénéficiaire est atteint au cours de l'année civile d'une nouvelle situation pathologique, pour laquelle le traitement doit être attesté au moyen des prestations du § 1, 1°, le kinésithérapeute peut, à cet effet, adresser une demande au médecin-conseil. Ce dernier peut donner l'autorisation d'attester à la fin des 18 premières séances de l'année civile, 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique pendant la période restante de l'année civile. Cette autorisation supplémentaire peut être donnée maximum deux fois par année civile. L'autorisation par le médecin-conseil de 18 prestations supplémentaires n'interdit pas l'attestation du solde éventuel des 18 prestations précédentes. »;

20° Le § 10 est complété par deux alinéas rédigés comme suit :

« Si, durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1^{er} ou 2^{ème} tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., le bénéficiaire est atteint d'une première situation pathologique de l'année civile visée dans le présent paragraphe, les règles décrites dans le présent paragraphe sont d'application. Aucune demande ou notification ne doit être adressée dans ce cas au médecin-conseil pour la première situation pathologique visée dans le présent paragraphe, pendant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1^{er} ou 2^{ème} tiret.

Si une seconde et/ou troisième nouvelle situation pathologique de l'année civile visée dans le présent paragraphe survient pendant la période de validité de ladite situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., une demande telle que décrite dans le présent paragraphe doit être envoyée par le kinésithérapeute au médecin-conseil. »;

21° Au § 11, 1^{er} alinéa, les mots « d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, alinéa 3, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 » sont remplacés par les mots « d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 »;

22° Au § 11, 4^e alinéa, en français, les mots « avant le 7e anniversaire » sont remplacés par les mots « avant leur 7e anniversaire »;

23° Le § 11, 4^e alinéa est complété comme suit : « à l'exception des prestations « rapport écrit » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible. »

24° Au § 11, six alinéas rédigés comme suit sont insérés entre les alinéas 5 et 6 :

Les prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 peuvent être attestées pour les affections visées à l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, a), c) ou d) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 avec un maximum de 50 fois pendant une période d'un an à partir de la date de la première prestation 562332, 562354, 562376 ou 562391 effectuée et, ce, après le séjour du bénéficiaire en hôpital ou en centre de rééducation (phase subaiguë), sans discontinuité des soins sauf pour raison médicale. Ces prestations doivent être prescrites par un médecin porteur de la qualification de médecin spécialiste en médecine physique et rééducation et/ou porteur de la qualification de spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle pour handicapés. La prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer des prestations d'une durée de minimum 45 minutes. Une copie de cette prescription doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire décrit au § 9 de cet article.

L'ouverture au droit d'attester ces prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 n'est accessible qu'une seule fois par bénéficiaire sauf en cas de récidive de l'affection initiale ou en cas de nouvelle affection visée à l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, a), c) ou d) de l'arrêté royal du 23 mars 1982. Pour une éventuelle nouvelle ouverture de ce droit, les mêmes critères d'accès que décrits à l'alinéa précédent sont requis.

De verstrekkingen 562332, 562354, 562376 en 562391 en de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396 mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd.

De verstrekkingen 562413, 562435, 562450 en 562472 mogen voor de aandoeeningen, bedoeld in artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, j) van het koninklijk besluit van 23 maart 1982, maximaal 30 keer per kalenderjaar worden geattesteerd in geval van bijkomende bronchopulmonaire infectie. Per voorschrift kunnen maximaal 10 verstrekkingen 562413, 562435, 562450 en 562472 worden geattesteerd. Het medisch voorschrift moet de noodzaak van verstrekkingen gedurende minimum 60 minuten vermelden. Een kopie van dat voorschrift moet ter beschikking van de adviserend geneesheer worden gehouden en vermeld worden in het dossier van de rechthebbende.

De verstrekkingen 562413, 562435, 562450 en 562472 moeten op zijn minst bestaan uit twee verschillende individuele kinesitherapieperiodes op dezelfde dag. De persoonlijke inbreng van de kinesitherapeut moet per dag minimum 60 minuten duren. Die periodes moeten worden verdeeld over de dag afhankelijk van de therapeutische behoeften van de rechthebbende.

De verstrekkingen 562413, 562435, 562450 en 562472 en de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396 mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd.

25° § 14, 1°, wordt aangevuld door een lid luidende :

Indien, tijdens de in § 14, 4°, tweede lid, eerste of tweede streepje vastgestelde geldigheidsduur van een kennisgeving voor een pathologische situatie omschreven in § 14, 5°, A. of B., de rechthebbende wordt aangetast door een pathologische situatie omschreven in § 10, zijn de regels in § 10, met name het 6e lid, van toepassing.

26° § 14, 2° wordt vervangen als volgt :

2° De verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 en 563570 mogen maximaal 60 maal per pathologische situatie worden geattesteerd in de periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking. Na die periode van één jaar wordt die pathologische situatie niet meer beschouwd als een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, A.

Onverminderd de bepalingen van het vorige lid, mogen de verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 en 563570 maximaal 120 maal per pathologische situatie worden geattesteerd, voor de situaties bedoeld in § 14, 5°, A, j), in de periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking.

De verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 of 639785 mogen per rechthebbende maximaal 60 maal per kalenderjaar worden aangerekend. De verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 en 564373 mogen maximaal 20 maal per kalenderjaar worden aangerekend en slechts nadat 60 verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730 of 639752 werden aangerekend. De verstrekkingen 563651, 563754, 563850, 563953, 564056 en 563130 mogen slechts worden aangerekend nadat 60 verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730 of 639752 en 20 verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 of 564373 werden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepaling begint een kalenderjaar op 1 januari en eindigt het op 31 december.

De verstrekkingen 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 en 639785 mogen worden geattesteerd voor de situaties bedoeld in § 14, 5°, B. h). Indien de verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 en 639785 in hetzelfde kalenderjaar worden geattesteerd, mag het gezamenlijk totaal van die verstrekkingen niet 60 zittingen per kalenderjaar overschrijden.

Een pathologische situatie omschreven in § 14, 5°, B, kan na het verstrijken van de geldigheidsduur, bedoeld in § 14, 4°, 2de lid, tweede streepje, van een kennisgeving voortduren. In dat geval kan de kinesitherapeut een hernieuwing van kennisgeving bij de adviserend geneesheer indienen. Deze hernieuwing van kennisgeving moet voldoen aan de voorwaarden, vermeld in § 14, 4°. Indien de behandelingsperiode voor een andere pathologische situatie, omschreven in § 14, 5°, B reeds loopt, is een hernieuwing van kennisgeving verboden.

Onverminderd de bepalingen van § 14, 1°, indien de rechthebbende wordt aangetast door een nieuwe pathologische situatie niet bedoeld in § 10, tijdens de in § 14, 4°, tweede lid, eerste streepje vastgestelde geldigheidsduur van een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, A, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om :

— 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 gedurende een periode van één 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. Per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A, j) van deze paragraaf, kan de adviserend

Les prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 ne peuvent pas être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396.

Les prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 peuvent être attestées pour les affections visées à l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, j) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 avec un maximum de 30 fois par année civile en cas de surinfection broncho-pulmonaire. Un maximum de 10 prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 peuvent être attestées par prescription. La prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer des prestations d'une durée de minimum 60 minutes. Une copie de cette prescription doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire.

Les prestations 562413, 562435, 562450 et 562472 doivent comporter par journée de traitement au minimum deux périodes distinctes de kinésithérapie. La durée totale de l'apport personnel du kinésithérapeute pendant la journée atteint une durée de minimum 60 minutes. Ces périodes doivent être réparties durant la journée en fonction des besoins thérapeutiques du bénéficiaire.

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

25° Le § 14, 1°, est complété par un alinéa rédigé comme suit :

Si, durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1^{er} ou 2^e tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., le bénéficiaire est atteint d'une situation pathologique visée dans le § 10, les règles du § 10, notamment son 6^{ième} alinéa, sont d'application.

26° Le § 14, 2° est remplacé comme suit :

2° Les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 et 563570 peuvent être attestées au maximum 60 fois par situation pathologique, sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation. Après cette période d'un an, cette situation pathologique ne sera plus considérée comme une situation pathologique visée au § 14, 5°, A.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 et 563570 peuvent être attestées au maximum 120 fois par situation pathologique, pour les situations visées au § 14, 5°, A, j), sur la période de un an à partir de la date de la première prestation.

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

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

Une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, peut persister après l'expiration de la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 2e tiret d'une notification. Dans cette occurrence, le kinésithérapeute peut introduire pour cette même situation pathologique, un renouvellement de notification auprès du médecin-conseil. Ce renouvellement de notification doit répondre à toutes les conditions mentionnées au § 14, 4°. Si la période de traitement pour une autre situation pathologique visée au § 14, 5°, B est déjà en cours, un renouvellement de notification est interdit.

Sans préjudice des dispositions du § 14, 1°, si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique non visée au § 10 durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1^{er} tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation :

— 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, pendant 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. Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j) de ce paragraphe,

geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om maximaal 120 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 of 563570 te attesteren gedurende een periode van één 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, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 of 639785 en maximaal 20 bijkomende verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 en 564373 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, B van deze paragraaf te attesteren, gedurende de resterende periode van het lopende kalenderjaar; gedurende de twee volgende kalenderjaren mogen eveneens per kalenderjaar 60 verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 of 639785 en maximaal 20 bijkomende verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 en 564373 in de context van de voormelde nieuwe pathologische situatie geattesteerd worden.

Onverminderd de bepalingen van § 14, 1°, indien de rechthebbende wordt aangetast door een nieuwe pathologische situatie niet bedoeld in § 10, tijdens de in § 14, 4°, tweede lid, tweede streepje vastgestelde geldigheidsduur van een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om :

— 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 gedurende een periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking zoals voorzien in § 14, 2°, eerste lid. Per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A, j) van deze paragraaf, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om maximaal 120 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 of 563570 te attesteren gedurende een periode van één 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, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 of 639785 en maximaal 20 bijkomende verstrekkingen 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 en 564373 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, B, van deze paragraaf te attesteren, gedurende de resterende periode van het lopende kalenderjaar

Die aanvraag moet vergezeld gaan van 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 minimumduur van 20 minuten uit § 1, 1° aanreikt 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.

27° § 14, 5°, B, c) wordt vervangen als volgt :

c) Ademhalingsinsufficiëntie bij rechthebbenden die opgevolgd worden in het kader van een revalidatie-overeenkomst betreffende langdurige zuurstoftherapie thuis of betreffende chronische mechanische ademhalingsondersteuning thuis. De overeenkomst betreffende het obstructief slaapapneusyndroom is in deze alinea niet beoogd.

28° In § 14, 5°, B, h), wordt het derde lid opgeheven.

le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 120 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires, pendant 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, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 supplémentaires et maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 et 564373 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, pendant la période restante de l'année civile en cours; pendant les deux années civiles suivantes, 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 et maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 et 564373 supplémentaires peuvent également être attestées par année civile dans le cadre de la nouvelle situation pathologique susmentionnée.

Sans préjudice des dispositions du § 14, 1°, si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique non visée au § 10 durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 2ème tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation :

— 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, pendant une période d'un an à partir de la date de la première prestation, comme il est prévu au § 14, 2°, premier alinéa. Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j), le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 120 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires, pendant 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, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 supplémentaires et maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351 et 564373 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, pendant la période restante de l'année civile en cours.

Cette demande doit être accompagnée 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.

27° Le § 14, 5°, B, c) est remplacé comme suit :

c) Insuffisance respiratoire chez les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou relative à l'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile. La convention en cas de syndrome des apnées obstructives du sommeil n'est pas visée dans le présent alinéa.

28° Au § 14, 5°, B, h), le troisième alinéa est abrogé.

29° In § 14bis, derde lid, wordt de zin "De verstrekking 564233 mag enkel worden geattesteerd voor een « palliatieve thuispatiënt » die eveneens een verminderd tarief van het persoonlijke aandeel geniet op basis van artikel 7, 3e lid, c) van het koninklijk besluit van 23 maart 1982. » vervangen door de zin "De verstrekking 564233 mag enkel worden geattesteerd voor een « palliatieve thuispatiënt » die eveneens een verminderd tarief van het persoonlijke aandeel geniet op basis van artikel 7, § 3, tweede lid, 3° van het koninklijk besluit van 23 maart 1982. »

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* met uitzondering van punten 21° en 29° die uitwerking hebben met ingang van 1 augustus 2009.

Art. 3. De Minister bevoegd voor de Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 juli 2010.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met maatschappelijke integratie,
Mevr. L. ONKELINX

29° Au § 14bis, 3ème alinéa, la phrase « La prestation 564233 ne peut être attestée que pour un « patient palliatif à domicile » qui bénéficie également d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, alinéa 3, c) de l'arrêté royal du 23 mars 1982. » est remplacée par la phrase « La prestation 564233 ne peut être attestée que pour un « patient palliatif à domicile » qui bénéficie également d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge* à l'exception des points 21° et 29° qui produisent leurs effets le 1^{er} août 2009.

Art. 3. La Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 juillet 2010.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de l'intégration sociale,
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 2541

[C - 2010/22333]

22 JULI 2010. — Koninklijk besluit tot wijziging 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

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, artikel 37, § 1, alinea 4, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 24 december 1999, 22 augustus 2002, 27 december 2006, 26 maart 2007 en 21 december 2007 en bij het koninklijk besluit van 16 april 1997;

Gelet op 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;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 10 maart 2010;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging gegeven op 15 maart 2010;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 26 maart 2010;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Staatssecretaris voor Begroting van 17 mei 2010;

Gelet op het advies 48.321/2 van de Raad van State, gegeven op 23 juni 2010 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met maatschappelijke integratie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 7 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, vervangen door het koninklijk besluit van 19 mei 2009 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 27 september 2009 en 18 april 2010, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 2541

[C - 2010/22333]

22 JUILLET 2010. — Arrêté royal modifiant 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

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, article 37, § 1^{er}, alinéa 4, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 24 décembre 1999, 22 août 2002, 27 décembre 2006, 26 mars 2007 et 21 décembre 2007 et par l'arrêté royal du 16 avril 1997;

Vu 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;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 10 mars 2010;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé donné le 15 mars 2010;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 26 mars 2010;

Vu l'accord de Notre Secrétaire d'Etat au budget, donné le 17 mai 2010;

Vu l'avis 48.321/2 du Conseil d'Etat, donné le 23 juin 2010 en application de l'article 84, § 1, alinéa 1^{er}, 1° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 7 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, remplacé par l'arrêté royal du 19 mai 2009 et modifié par les arrêtés royaux des 27 septembre 2009 et 18 avril 2010, sont apportées les modifications suivantes :