

A.R. 3.2.2019 M.B. 10.7.2019
En vigueur 1.9.2019
l'arrêt n°245.099 le Conseil d'Etat 4.7.2019 M.B. 16.7.2019

■ [Modifier](#)

■ [Insérer](#)

■ [Enlever](#)

Article 7 – KINESITHERAPIE

§ 1er. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:

1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, ou 8°, 9° ou 10° du présent paragraphe.

~~9° Prestations effectuées à des patients atteints du syndrome de fatigue chronique conformément au § 14quater du présent article.~~

~~a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.~~
~~564756 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes M 36~~

~~564771 Rapport écrit M 34,62~~

~~b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.~~
~~564793 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes M 36~~

~~564815 Rapport écrit M 34,62~~

~~c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un l'hôpital dans un service médical organisé.~~
~~564830 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes M 36~~

~~564852 Rapport écrit M 34,62~~

~~10° Prestations effectuées à des patients atteints de fibromyalgie conformément au § 14quinquies du présent article.~~

~~a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.~~
~~564874 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes M 36~~

~~564896 Rapport écrit M 34,62~~

~~b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.~~
~~564911 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes M 36~~

564933 Rapport écrit M 34,62

564955 ~~e) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un l'hôpital dans un service médical organisé;~~
~~Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes~~ M 36

564970 Rapport écrit M 34,62

...

§ 3bis.

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

Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 et 564152, ne peuvent être attestées qu'une fois par année civile.

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

~~Une des prestations 564771, 564815, 564852, 564896, 564933 ou 564970 ne peut être attestée qu'une seule fois par patient.~~

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 aux § 14, 5°, A, ~~§ 14quater et § 14quinquies~~;
- 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.

...

"§ 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;~~

1° sont notamment exclues, qu'elle soit réalisée seule ou avec une autre technique, 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 techniques invasives (par exemple : dry-needling, 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° 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 et/ou de froid, peuvent uniquement être remboursés s'ils sont appliqués en complément et non pas exclusivement

~~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.

...

§ 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 §§ 11, 12, 13, 14bis ou 14ter, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5°, ~~§ 14quater ou § 14quinquies~~ du présent article.

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

"Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1er, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7,§ 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans la situation prévue aux §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies.."

"Sauf spécification contraire de la nomenclature ou du médecin-conseil, outre une première séance pour laquelle une durée globale moyenne d'apport personnel du kinésithérapeute est définie, une deuxième séance de kinésithérapie peut être attestée dans la même journée. Cette deuxième séance ne peut être portée en compte que si elle a été effectuée au minimum 3 heures après la précédente.

Une deuxième séance dans la même journée ne peut se justifier que si elle est indispensable à l'état de santé du bénéficiaire. La motivation de la nécessité de cette deuxième séance doit être tenue à la disposition du médecin-conseil et figurer dans le dossier du bénéficiaire. Le médecin-conseil peut intervenir à tout moment et refuser le remboursement de la deuxième séance si elle est injustifiée. Il notifie sa décision motivée sans tarder au bénéficiaire avec copie adressée au kinésithérapeute qui prend cours au plus tard le lendemain de la notification de sa décision.."

~~Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui n'ont pas encore atteint leur 21e anniversaire et sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant leur 7e 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, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé à l'exception des prestations « rapport écrit » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible.~~
"Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant leur 7e anniversaire, la preuve qu'il est satisfait à cette condition doit être fournie à l'aide d'un rapport médical. Celui-ci doit être maintenu à la disposition du médecin-conseil et mentionné dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 8 du présent article. Ces prestations ne peuvent être attestées qu'une fois par jour et ne peuvent pas être cumulées le même jour avec d'autres prestations de l'article 7, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé à l'exception des prestations « rapport écrit » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible

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

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

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

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

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

"Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être attestées que pour les patients atteints de lymphoedème. Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472 peuvent être attestées avec un maximum de 120 fois par année civile à raison d'une fois par jour. Pour des situations pathologiques exceptionnelles avec une périmétrie montrant une différence de plus de 30 % par rapport au membre contralatéral, les prestations 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623, 639634 peuvent être attestées avec un maximum de 120 fois par année civile à raison d'une fois par jour. En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634, le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 120 séances par année civile. En outre, les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396

La preuve qu'il est satisfait aux critères d'accès diagnostique, périmétrique, volumétrique ou lymphoscintigraphique doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 9 du présent article."

"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 revalidation (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 revalidation 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.

'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 récurrence 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.

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.

Le traitement doit 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 conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

...

Le traitement **et la fréquence maximale doivent se dérouler doit avoir lieu** conformément aux **indications 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 conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. **Cette La présente** disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

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

...

2° Les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 564572, 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.

...

Les prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 peuvent être attestées pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, B, **fh**). En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, **564631**, 564093, 564174, **564631**, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 60 séances par année civile.

...

Les prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 peuvent être attestées pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, B, **fh**). En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, **564631**, 564093, 564174, **564631**, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 60 séances par année civile.

...

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

...

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

...

B. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au §1^{er}, 6°, pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4° :

...

e) **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 graduelle d'exercices est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.

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

(Les notifications pour le traitement du syndrome fibromyalgique introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables jusqu'au 31 décembre 2005.)

f) **Syndrome fibromyalgique :**

Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation sur base d'un examen clinique comprenant les critères de diagnostic de l'ACR (American College of Rheumatology). Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'ACR.

Avant la fin de chaque année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1^{re} prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné réévaluera l'évolution de la symptomatologie du patient afin de confirmer la nécessité de poursuivre le traitement dans le cadre du § 14. Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique.

g) ~~e)~~ **Dystonie cervicale primaire** démontrée par un rapport diagnostique établi par un médecin spécialiste en neurologie.

h) ~~f)~~ **Lymphœdème**

1) En cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphœdème post-radiothérapeutique ou post-chirurgical répondant aux critères suivants :

- soit une périmétrie effectuée sur l'ensemble du membre ou une volumétrie de la main ou du pied montre une différence par rapport au membre controlatéral de + 5 %. Ces mesures doivent être effectuées selon les protocoles fixés par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs.

- soit une lymphoscintigraphie en trois temps atteste de la gravité du diagnostic avec présence de deux critères mineurs selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes des membres visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cette classification est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs.

2) Pour tous les autres types de lymphoedème, une lymphoscintigraphie en trois temps doit attester du diagnostic avec présence de deux critères mineurs selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes visant à leur prise en charge kinésithérapeutique.

Pour les situations pathologiques énumérées à la fin du présent alinéa, une lymphoscintigraphie n'est pas exigée. Néanmoins, un rapport motivé du médecin spécialiste justifiant le diagnostic et la nécessité des soins doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 9 du présent article. Ces situations pathologiques sont les suivantes :

- bénéficiaires de moins de 14 ans pour lesquels la réalisation d'une lymphoscintigraphie en trois temps n'est pas indiquée.
- en cas d'impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en trois temps.

~~§14quater : Règles d'application concernant les prestations du §1^{er}, 9°:~~

~~Dans le présent article, on entend par « patient atteint du syndrome de fatigue chronique » (SFC), le patient pour lequel le diagnostic a été posé selon les critères de Fukuda et l'utilité d'une thérapie graduelle d'exercices ont été confirmés par un médecin spécialiste soit en rhumatologie, soit en médecine physique et réadaptation, soit en médecine interne, ceci en concertation éventuelle avec un ou plusieurs autres médecins spécialistes. La confirmation du diagnostic signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de Fukuda.~~

~~Les prestations 564756, 564793 et 564830 sont prescrites par le médecin spécialiste mentionné au premier alinéa du présent paragraphe ou par le médecin généraliste traitant. Un maximum de 18 séances 564756, 564793 et 564830 peut être attesté par patient sur une période d'un an à partir de la date de la première prestation. Par la suite, aucune de ces prestations ne peut être attestée.~~

~~Le kinésithérapeute est tenu, pendant la période visée à l'alinéa précédent, d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 9°, les prestations dispensées dans le cadre du traitement de ce syndrome.~~

~~Le traitement doit 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 conventions kinésithérapeutes-organismes-assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.~~

~~Dans le cas où un patient, à un moment quelconque, a bénéficié de prestations du § 1^{er}, 10°, il ne pourra plus bénéficier des prestations attestables dans le cadre du § 1^{er}, 9°.~~

~~Les notifications pour le traitement du SFC introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe ne sont plus valides à partir de la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe.~~

~~§14quinquies – Règles d'application concernant les prestations du § 1^{er}, 10°~~

~~Dans le présent article, on entend par patient atteint de fibromyalgie le patient pour lequel le diagnostic a été confirmé par un médecin spécialiste soit en rhumatologie soit en médecine physique et réadaptation sur base d'un examen clinique comprenant les critères de diagnostic de l'ACR (American College of Rheumatology). Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'ACR.~~

~~Les prestations 564874, 564911 et 564955 sont prescrites par le médecin spécialiste mentionné au premier alinéa du présent paragraphe ou par le médecin généraliste traitant. Un maximum de 18 séances 564874, 564911 et 564955 peut être attesté par patient sur une période d'un an à partir de la date de la première prestation. Par la suite, aucune de ces prestations ne peut être attestée.~~

~~Le kinésithérapeute est tenu, pendant la période visée à l'alinéa précédent, d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 10°, les prestations dispensées dans le cadre du traitement de ce syndrome.~~

~~Le traitement doit 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 conventions kinésithérapeutes-organismes-assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.~~

~~Dans le cas où un patient, à un moment quelconque, a bénéficié de prestations du § 1^{er}, 9°, il ne pourra plus bénéficier des prestations attestables dans le cadre du § 1^{er}, 10°.~~

~~Les notifications pour le traitement de la fibromyalgie introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe ne sont plus valides à partir de la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe.~~

§ 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°, 2°, 3°, 4°, 5° **et 6°**, et **les** prestations visées au 7°, **9° et 10°** ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes qui satisfont aux conditions suivantes:

...