Ze is van toepassing op periodes van vermindering van arbeidsprestaties waarvan de aanvangsdatum of de datum van verlenging gelegen is tijdens de geldigheidsduur van deze collectieve arbeidsovereenkomst.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 18 oktober 2026.

De Minister van Werk,
D. CLARINVAL

Elle s'applique aux périodes de réduction des prestations de travail dont la date de début ou de prolongation se situe pendant la durée de validité de la présente convention collective de travail.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 18 octobre 2026.

Le Ministre de l'Emploi,
D. CLARINVAL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C − 2026/006675]

21 SEPTEMBER 2026. — Koninklijk besluit tot wijziging van 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

FILIP, 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, 5de lid en § 2, 1ste lid, 1°, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

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;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 9 februari 2024 ;

Gelet op de advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 9 februari 2024 ;

Gelet op de beslissing van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen van 26 augustus 2025;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 17 september 2025;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, van 22 september 2025;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 15 oktober 2025;

Gelet op het advies 78.976/2 van de Raad van State, gegeven op 23 maart 2026 met toepassing van artikel 84,§ 1, eerste lid, 2° van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwekende de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 31 oktober 2025

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

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 laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 2 oktober 2025 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1, 1°, wordt het eerste lid vervangen als volgt

"1° Verstrekkingen verleend aan de rechthebbenden die niet worden beoogd door 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° of 9° van deze paragraaf."

2° In § 1 wordt in de plaats van punt 9°, vernietigd bij het arrest nr. 245.099 van 4 juli 2019 van de Raad van State, een punt 9° ingevoegd luidende;

"Verstrekkingen verricht bij rechthebbenden die zich in een van de situaties bevinden zoals beschreven in § 14*quater*, 1° van dit artikel."

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

566016	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft M 24
566436	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft: tweede

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C − 2026/006675]

21 SEPTEMBRE 2026. — Arrêté royal modifiant l'article 7 de 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

PHILIPPE, 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, l'article 35, § 1er, alinéa 5, et § 2, alinéa 1er, 1°, modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 ;

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 ;

Vu la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, fait le 9 février 2024 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné 9 février 2024;

Vu la décision de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs du 26 août 2025;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 17 septembre 2025 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, du 22 septembre 2025 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 15 octobre 2025;

Vu l'avis 78.976/2 du Conseil d'État, donné le 23 mars 2026 en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2° des lois sur le Conseil d'État coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'accord du Ministre du Budget, donné le 31 octobre 2025 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. 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 en dernier lieu par l'arrêté royal du 02 octobre 2025 sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1er, 1°, le premier alinéa est remplacé par ce qui suit :

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

2° Au § 1er, à la place du point 9°, annulé par l'arrêt n° 245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'État, il est inséré un point 9°, rédigé comme suit :

« Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14*quater*, 1°, du présent article.

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

566016	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinési-thérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24
566436	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la

zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566031 Schriftelijk verslag M 34,62

566053 Consultatief onderzoek van de patiënt door de kinesitherapeut M 24

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

566075 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft M 24

566451 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft: tweede zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566090 Schriftelijk verslag M 34,62

566112 Consultatief onderzoek van de patiënt door de kinesitherapeut M 24

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

566134 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft M 24

566473 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft: tweede zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566156 Schriftelijk verslag M 34,62

566171 Consultatief onderzoek van de patiënt door de kinesitherapeut M 24

II. Verstrekkingen verricht bij de rechthebbende thuis.

566193 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft M 24

566414 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft: tweede zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566215 Schriftelijk verslag M 34,62

566230 Consultatief onderzoek van de patiënt door de kinesitherapeut M 24

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

566252 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft M 16

566495 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft: tweede zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566274 Schriftelijk verslag M 14,50

III. *b)* Verstrekkingen, verricht voor rechthebbenden die in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven.

566296 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft M 16

566510 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft: tweede zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566311 Schriftelijk verslag M 14,50

journée conformément aux dispositions du § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566031 Rapport écrit M 34,62

566053 Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif M 24

I. *b)* Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.

566075 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinési-thérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

566451 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566090 Rapport écrit M 34,62

566112 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.

566134 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinési-thérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

566473 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566156 Rapport écrit M 34,62

566171 Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif M 24

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

566193 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinési-thérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

566414 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566215 Rapport écrit M 34,62

566230 Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif M 24

III. *a)* Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.

566252 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinési-thérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes M 16

566495 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566274 Rapport écrit M 14,50

III. *b)* Prestations effectuées pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.

566296 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinési-thérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes M 16

566510 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566311 Rapport écrit M 14,50

IV. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.

566392 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft M 24

566532 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft: tweede zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

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

566355 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft M 16

566554 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrok-kenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft: tweede zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566370 Schriftelijk verslag M 14,50

3° § 3*bis*, 1° wordt vervangen als volgt:

"1° Toepassingsregels voor de verstrekking "schriftelijk verslag".

De verstrekkingen 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 en 561411 mogen gezamenlijk slechts eenmaal per kalenderjaar worden geattesteerd.

De verstrekkingen 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491, 564152, 566031, 566090, 566156, 566215, 566274, 566311 en 566370 mogen gezamenlijk slechts eenmaal per kalenderjaar per pathologische situatie worden geattesteerd.

De verstrekkingen 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616 en 563555 mogen gezamenlijk slechts eenmaal per pathologische situatie worden geattesteerd.

De verstrekkingen 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491, 564152, 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616, 563555, 566031, 566090, 566156, 566215, 566274, 566311 en 566370 mogen gezamenlijk slechts eenmaal per kalenderjaar per pathologische situatie worden geattesteerd.

De verstrekking "schriftelijk verslag" moet niet worden voorgeschreven.

Deze mag vanaf de eerste zitting worden geattesteerd en is cumuleerbaar met een individuele kinesitherapiezitting.

Het schriftelijk verslag moet aan de voorschrijvend arts worden bezorgd:

- aan het einde van de behandeling van een van de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A;

- minstens eenmaal per kalenderjaar in het geval van een behandeling van een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B, § 14*quater* 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 kopie van het schriftelijk verslag moet in het dossier worden bewaard."

4° § 10, eerste lid wordt vervangen als volgt

"De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan een patiënt die zich niet bevindt in een van de situaties bedoeld in de §§ 11, 12, 13, 14*bis*, 14*ter*, 14*quater* of iedere 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."

IV. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.

566392 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinési-thérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes M 24

566532 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

V. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.

566355 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinési-thérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes M 16

566554 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 14*quater*, 3°, *d)* M 12

566370 Rapport écrit M 14,50

3° Le § 3*bis*, 1° est remplacé par ce qui suit :

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

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

Les prestations 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491, 564152, 566031, 566090, 566156, 566215, 566274, 566311 et 566370 ne peuvent être attestées conjointement qu'une fois par année civile par situation pathologique.

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

Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491, 564152, 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616, 563555, 566031, 566090, 566156, 566215, 566274, 566311 et 566370 ne peuvent être attestées conjointement qu'une fois par année civile et par situation pathologique.

La prestation « rapport écrit » 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 aux § 14, 5°, B, § 14*quater* 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. »

4° Le § 10, 1er alinéa est remplacé par ce qui suit :

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

5° In § 10, wordt het voorlaatste lid aangevuld met het volgende:

"Indien tijdens de behandeling van een pathologische situatie bedoeld in § 1, 1°, de rechthebbende wordt aangetast door een nieuwe pathologische situatie omschreven in § 14*quater*, 1°, blijven de regels beschreven in deze paragraaf van toepassing voor de oorspronkelijke pathologische situatie."

6° § 11, eerste lid wordt vervangen als volgt

"§ 11 De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan de patiënten die worden behandeld gedurende de periode waarvoor de rechthebbende een akkoord of een akkoordverlenging van de adviserend arts of een akkoord van het College van artsen-directeurs heeft ontvangen voor de aandoeningen vermeld in artikel 7, § 3, 2de lid , 3° 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 attesteren aan de hand van de in § 1, 2° bedoelde verstrekkingen. Deze verplichting geldt niet indien de rechthebbende zich in de in §§ 12, 13, 14*bis*, 14*ter* vastgestelde situatie bevindt."

7° § 14, 1° wordt aangevuld met een lid luidende :

"Indien, tijdens de in § 14, 4°, tweede lid, vastgestelde geldigheidsduur van een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, de rechthebbende wordt aangetast door een pathologische situatie bedoeld in § 14*quater*, 1° zijn enkel de regels in § 14*quater*, met name het 3°, *c)*, 2) en 3), van toepassing "

8° In de plaats van § 14*quater*, vernietigd bij het arrest nr. 245.099 van 4 juli 2019 van de Raad van State, wordt een § 14*quater* ingevoegd luidende:

« § 14*quater* Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 9°

"1° Wanneer een rechthebbende wordt getroffen door een pathologische situatie uit onderstaande lijst (die een ruime selectie omvat van de aandoeningen uit de lijst in artikel 7, § 3, 2de lid, 3° van het KB bedoeld in § 11, 1ste lid van het huidige artikel), waarvan de functionele impact niet, nog niet of niet meer voldoet aan de voorwaarden om de verstrekkingen te attesteren aan de hand van § 1, 2°, dienen alle verstrekkingen die de kinesitherapeut verricht gedurende de geldigheidsperiode bedoeld in § 14*quater*, 4°, *b)* te worden geattesteerd aan de hand van § 1,9°. Deze verplichting geldt niet indien de rechthebbende zich in de in §§ 12, 13, 14*bis* of 14*ter* vastgestelde situaties bevindt, indien de rechthebbende gehospitaliseerd is, of voor de in § 14*quater*, 3°, *c)*, 1), 2) of 3) vastgelegde bepalingen."

a) Uitgebreide perifere verlamming: monoplegie, syndroom van Guillain Barré, erfelijke polyneuropathie (bijv.: ziekte van Charcot-Marie-Tooth);

b) Evolutieve aandoeningen van het centrale zenuwstelsel met een uitgebreid motorisch gebrek zoals bijvoorbeeld multiple sclerose, de ziekte van Parkinson, multisystemische atrofieën, Progressive Supranuclear Palsy, Corticobasal Degeneration, andere syndromen die onder de zogenaamde "Parkinson-Plus" syndromen worden geklasseerd, de ziekte van Huntington, amyotrofe laterale sclerose, spinocerebellaire ataxie, ... ;

c) Uitgebreide motorische sequelen van encefale of medullaire oorsprong. Voorbeelden: hersenverlamming "Cerebral Palsy", cerebrovasculair accident, paraplegie (-parese), quadriplegie (-parese) ongeacht de etiologie, spina bifida, cerebellair syndroom, infectieuze of auto-immune encefalitis ...);

e) Belangrijk globaal of functioneel verlies van een lidmaat:

1. ten gevolge van een agenesie van het lidmaat of van een dysmelie die de anatomie van zijn verschillende segmenten aantast;

g) Ernstige gewrichtsdysfunctie ten gevolge van:

1. hemofilie;

2. erfelijke bindweefselziekten (osteogenesis imperfecta van het type III en IV, Ehlers-Danlossyndroom – hypermobiel type, chondrodysplasieën, Marfan-syndroom);

4. congenitale multipele artrogrypose.

h) Ernstige stoornissen van de gewrichtsfunctie(s) die het gevolg zijn van chronische auto-immune inflammatoire polyartritis:

1. Reumatoïde artritis,

2. Spondyloartropathieën,

3. Juveniele reumatoïde artritis,

4. Systemische lupus,

5° Au § 10, l'antépunultième alinéa est complété par ce qui suit:

"Si durant le traitement d'une situation pathologique visée au § 1, 1°, le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique visée dans le § 14*quater*, 1°, les règles décrites dans le présent paragraphe restent d'application pour la situation pathologique initiale. »

6° Le § 11, 1er alinéa est remplacé par ce qui suit :

« § 11 Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1er, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui sont traités durant la période pour laquelle le bénéficiaire a reçu un accord ou une prolongation d'accord du médecin-conseil ou un accord du Collège des médecins-directeurs pour les affections reprises sous 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, 14*bis*, 14*ter*. »

7° Le § 14 , 1° est complété par un alinéa rédigé comme suit :

"Si, durant la période de validité visée au § 14, 4°, alinéa 2, d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, le bénéficiaire est atteint d'une situation pathologique visée dans le § 14*quater*, 1°, seules les règles du § 14*quater*, notamment le 3°, *c)*, 2) et 3) s'appliquent. »

8° A la place du paragraphe 14*quater*, annulé par l'arrêt n° 245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'État, il est inséré un paragraphe 14*quater* rédigé comme suit :

« § 14*quater*. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 9°

1° Lorsqu'un bénéficiaire est atteint d'une situation pathologique de la liste ci-dessous (qui reprend une large sélection des affections de la liste de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3° de l'A.R. visé au § 11, 1er alinéa du présent article) dont l'impact fonctionnel ne remplit pas, pas encore ou plus les conditions d'attester les prestations du § 1er, 2°, le kinésithérapeute est tenu d'attester toutes ses prestations sur base du § 1er, 9° pendant toute la durée de validité visée au § 14*quater*, 4°, *b)*. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans les situations définies aux §§ 12, 13, 14*bis* ou 14*ter*, si le bénéficiaire est hospitalisé ou pour les situations prévues au § 14*quater*, 3°, *c)*, 1), 2) ou 3).

a) Paralysie périphérique étendue : monoplégie, syndrome de Guillain Barré, polyneuropathie héréditaire (ex. Maladie de Charcot-Marie-Tooth) ;

b) Affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu comme, par exemple, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, les atrophies multisystématisées, la paralysie supranucléaire progressive, la dégénérescence corticobasale, les autres syndromes classés sous les syndromes dits « Parkinson-Plus », la Maladie de Huntington, et la sclérose latérale amyotrophique, l'ataxie spinocérébellaire, ... ;

c) Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire. Exemples : infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", accident cérébrovasculaire, paraplégie (-parésie), quadriplégie (-parésie) quelle que soit l'étiologie, spina bifida, syndrome cérébelleux, encéphalite infectieuse ou auto-immune,...) ;

e) Perte globale ou fonctionnelle importante d'un membre :

1. suite à une agénésie du membre ou à une dysmélie affectant l'anatomie de ses différents segments ;

g) Dysfonction articulaire grave résultant de :

1. hémophilie ;

2. maladies héréditaires du tissu conjonctif (ostéogenèse imparfaite de type III et IV, syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile, chondrodysplasies, syndrome de Marfan) ;

4. arthrogrypose congénitale multiple.

h) Troubles graves de la ou des fonctions articulaire(s), qui sont le résultat d'une polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire :

1. Arthrite rhumatoïde,

2. Spondyloarthropathies,

3. Arthrite rhumatoïde juvénile,

4. Lupus érythémateux,

5. Sclerodermie,

6. Primair syndroom van Sjögren

volgens de definities aanvaard door de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie;

i) Myopathieën:

1. evolutieve erfelijke myopathieën (onder andere de musculaire dystrofie van Duchenne,....);

2. myotonische dystrofieën (onder andere de ziekte van Steinert,...);

3. myotonia congenita (onder andere de ziekte van Thomsen,...);

4. Auto-immune polymyositis.

j) Ademhalingsaandoeningen

1. Mucoviscidose of geobjectiveerde primaire bronchiale ciliaire dyskinesie;

2. Geobjectiveerde hyperproductieve bronchiectasieën;

3. Irreversibele chronische obstructieve of restrictieve longaandoeningen met maximum expiratoire secondecapaciteit waarden van minder dan of gelijk aan 60 %, opgemeten na dilatatie en in een tussenperiode van minstens één maand; bij een kind jonger dan 7 jaar kan de irreversibele ademhalingsinsufficiëntie worden vastgesteld op basis van een gemotiveerd verslag van de behandelende specialist;

4. Recidiverende pulmonaire infecties bij bewezen ernstige immunodepressie;

5. Broncho-pulmonaire dysplasie met zuurstofafhankelijkheid gedurende meer dan 28 dagen.

m) Epidermolysis bullosa in de dystrofische of junctionele vorm.

2° De nood aan kinesitherapie moet worden aangetoond door een omstandig en geactualiseerd functioneel bilan. De diagnose en het initiële voorschrift met vermelding van de diagnose moeten opgesteld zijn door een bevoegd arts-specialist. Een kopie van dit voorschrift en het omstandig en geactualiseerd functioneel bilan moeten ter beschikking worden gehouden van de adviserend arts en in het individueel kinesitherapeutisch dossier van de rechthebbende worden opgenomen. In het bilan wordt een precieze beschrijving gegeven van de anatomische en/of functionele stoornissen, de beperkingen in activiteiten en/of participatie in de zin van de WGO-ICF en van het behandelingsplan.

In geval van chronische inflammatoire auto-immune polyartritis bedoeld in 1°, *h)*, worden de diagnose en het initiële voorschrift met vermelding van de diagnose bevestigd door een arts-specialist in de reumatologie, in de inwendige geneeskunde of pediatrie.

In geval van bronchopulmonaire dysplasie met zuurstofafhankelijkheid van meer dan 28 dagen bedoeld in § 14*quater*, 1°, *j)*, 5. worden de diagnose en het initiële voorschrift met vermelding van de diagnose bevestigd door de behandelend pediater samen met het verslag van de ziekenhuisopname in een N-dienst.

3° *a)* Voor een pathologische situatie beschreven in § 14*quater*, 1°, mogen er maximaal 90 van de volgende verstrekkingen 566016, 566075, 566134, 566193, 566252, 566296, 566392 en 566355 per kalenderjaar geattesteerd worden gedurende de periode bedoeld in § 14*quater*, 4°, *b)*. 1e lid. Een kennisgeving van de behandeling zal worden gestuurd aan de adviserend arts, overeenkomstig 4°, *a)*.

b) Een pathologische situatie zoals bedoeld in § 14*quater*,1°, kan voortduren na het verstrijken van de geldigheidsperiode zoals bepaald in § 14*quater*, 4°, *b)*, 1e lid van een kennisgeving. In dat geval kan de kinesitherapeut voor dezelfde pathologische situatie een hernieuwing van de kennisgeving bij de adviserend arts indienen. Die hernieuwing van de kennisgeving moet voldoen aan alle voorwaarden die in § 14*quater* worden vermeld. In dat geval mag de kinesitherapeut voor dezelfde pathologische situatie na het einde van de periode die door de eerste kennisgeving wordt gedekt, 90 nieuwe verstrekkingen individuele kinesitherapiezitting uit § 1, 9° attesteren (566016, 566075, 566134, 566193, 566252, 566296, 566392 en 566355) per kalenderjaar gedurende de periode bedoeld in 4°, *b)*, 2de lid.

c) Indien de rechthebbende gedurende de in § 14*quater*, 4°, *b)* bepaalde geldigheidsperiode van een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in 1° wordt getroffen door:

1) een nieuwe pathologische situatie bedoeld in § 10, moeten de verstrekkingen van § 1ste, 1°, overeenkomstig de regels in § 10 worden geattesteerd.

5. Sclérodermie,

6. Syndrome de Sjögren primaire

selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie ;

i) Myopathies :

1. Myopathies héréditaires évolutives (dont la dystrophie musculaire de Duchenne,....) ;

2. Dystrophies myotoniques (dont la maladie de Steinert,...) ;

3. Myotonie congénitale (dont la maladie de Thomsen,...) ;

4. Polymyosite auto-immune.

j) Affections respiratoires

1. Mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivées ;

2. Bronchiectasies hyperproductives objectivées ;

3. Affections pulmonaires chroniques irréversibles obstructives ou restrictives avec des valeurs de volume expiratoire maximum-seconde inférieures ou égales à 60 % mesurées après dilatation et à un intervalle d'au moins 1 mois ; chez un enfant de moins de 7 ans, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un rapport motivé du spécialiste traitant ;

4. Infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie ;

5. Dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours.

m) Épidermolyse bulleuse dans la forme dystrophique ou jonctionnelle.

2° Le besoin de kinésithérapie doit être démontré par un bilan fonctionnel circonstancié et actualisé. Le diagnostic et la prescription initiale mentionnant ce diagnostic doivent être établis par un médecin spécialiste. Une copie de cette prescription et le bilan fonctionnel circonstancié et actualisé doivent être tenus à la disposition du médecin-conseil et figurer dans le dossier individuel de kinésithérapie du bénéficiaire. Le bilan décrit précisément les troubles anatomiques et/ou fonctionnels, les limitations et restrictions d'activités et/ou de participation dans le sens de l'OMS-ICF, ainsi qu'un plan de traitement.

En cas de polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire visée au 1°, *h)*, le diagnostic et la prescription initiale mentionnant le diagnostic doivent être établis par un médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

En cas de dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours visée au § 14*quater* 1°, *j)*, 5, le diagnostic et la prescription initiale mentionnant le diagnostic doivent être établis par un pédiatre traitant et comportera notamment le rapport d'hospitalisation en service N.

3° *a)* Pour une des situations pathologiques décrites au § 14*quater* 1° les prestations suivantes 566016, 566075, 566134, 566193, 566252, 566296, 566392 et 566355 peuvent être attestées au maximum 90 fois par année calendrier pendant la période visée au § 14*quater*, 4°, *b)*, 1er alinéa. Une notification de traitement sera adressée au médecin-conseil conformément au 4°, *a)*.

b) Une situation pathologique visée au § 14*quater*,1° peut persister après l'expiration de la période de validité prévue au § 14*quater*,4°, *b)*, 1er alinéa d'une notification. Dans ce cas, 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*quater*. Dans ce cas, le kinésithérapeute peut attester pour la même situation pathologique, à la fin de la période couverte par la première notification, 90 nouvelles prestations de kinésithérapie individuelle du § 1er, 9° (566016, 566075, 566134, 566193, 566252, 566296, 566392 et 566355) par année calendrier pendant la période visée au 4°, *b)*, 2e alinéa.

c) Si le bénéficiaire est atteint, durant la période de validité prévue au § 14*quater*, 4°, *b)* d'une notification pour une situation pathologique visée au 1° :

1) d'une nouvelle situation pathologique visée au § 10, les prestations du § 1er 1° doivent être attestées conformément aux règles du § 10.

2) een nieuwe pathologische situatie bedoeld in § 14, 5° A., zijn de regels van § 14 van toepassing: de kinesitherapeut mag een kennisgeving indienen overeenkomstig § 14, 4°.

Wanneer een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5° A. lopende is, loopt de geldigheidsduur van deze situatie door tot het einde van de hiervoor voorziene termijn overeenkomstig de bepalingen van § 14, 4°, 2de lid.

3) een nieuwe pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B., eindigt de kennisgeving voor deze situatie op het einde van het lopende kalenderjaar. Dan wordt deze pathologische situatie tot het einde van de kennisgeving ervan beschouwd als één geheel met de situatie bedoeld in 1°. Echter, indien de rechthebbende door de pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B., *h)* wordt getroffen (verstrekkingen lymfoedeem 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785), is de geldigheidsduur van de kennisgeving bedoeld in § 14, 4°, paragraaf 2, 2de streepje voor deze pathologische situatie van toepassing en de twee kennisgevingen worden voortgezet volgens hun eigen geldigheidsperiode

Wanneer een kennisgeving voor een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B. lopende is, eindigt de geldigheidsduur van deze situatie op het einde van het kalenderjaar waarin een kennisgeving bedoeld in 4°, *b)* van de huidige paragraaf begint met uitzondering van de pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B., *h)*.

4) een nieuwe pathologische situatie bedoeld in § 14*quater*, 1°, kan er bij de adviserend arts een nieuwe eerste kennisgeving worden ingediend. De nieuwe kennisgeving moet voldoen aan alle voorwaarden die in § 14*quater* worden vermeld. De adviserend arts kan toestemming verlenen om gedurende de periode bedoeld in § 14*quater*, 4°, *b)*, 1ste lid, 90 bijkomende zittingen 566016, 566075, 566134, 566193, 566252, 566296, 566392, 566355 te attesteren. De nieuwe kennisgeving stelt een einde aan de vorige kennisgeving op het einde van het lopende kalenderjaar. Daarna worden de twee pathologische situaties als een geheel beschouwd. Een hernieuwing van de kennisgeving voor de vorige pathologische situatie is niet mogelijk gedurende de geldigheidsperiode van de nieuwe kennisgeving.

d) Benevens een eerste individuele kinesitherapiezitting 566016, 566075, 566134, 566193, 566252, 566296, 566392, 566355 uit § 1er, 9°, mag een tweede zitting 566436, 566451, 566473, 566414, 566495, 566510, 566532, 566554 op dezelfde dag worden aangerekend maximaal 20 per kalenderjaar tijdens de hele duur van een kennisgeving voor de pathologische situatie bedoeld in § 14*quater*, 1°, *j)*. Een tweede zitting op dezelfde dag wordt aangerekend indien de kinesitherapeut beschikt over een medisch voorschrift dat deze tweede zitting duidelijk rechtvaardigt. In dit geval is de kinesitherapeut ertoe gehouden een kopie van dit voorschrift voor te leggen aan de adviserend arts in het kader van een controle a posteriori.

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

e) De behandelingen moeten plaatsvinden overeenkomstig de aanbevelingen en standaarden die door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging zijn vastgelegd op voorstel van de Technische Raad voor Kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen. Deze bepaling zal van toepassing zijn vanaf de inwerkingtreding van deze aanbevelingen en standaarden.

4° *a)* Een kennisgeving van de behandeling van een pathologische situatie bedoeld in § 14*quater* 1° zal door de kinesitherapeut persoonlijk worden gestuurd aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende. De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen in het kader van die behandeling is uitsluitend verschuldigd als de adviserend arts van de verzekeringsinstelling over een geldige kennisgeving beschikt.

b) Een eerste kennisgeving heeft betrekking tot het einde van het tweede kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin de eerste verstrekking van de behandeling heeft plaatsgehad.

Dezelfde geldigheidsduur is ook van toepassing in het kader van een hernieuwing, Die hernieuwing van de kennisgeving moet voldoen aan alle voorwaarden van 14*quater* en meer bepaald aan punt 3°, *b)*,

c) De volgende zaken moeten in het individueel dossier van de patiënt worden bewaard voor elke eerste kennisgeving of hernieuwing:

- een kopie van het medisch voorschrift en meer bepaald het initiële voorschrift met vermelding van de diagnose;

2) d'une nouvelle situation pathologique visée dans le § 14, 5° A. les règles du § 14, 5°, A s'appliquent : le kinésithérapeute, peut introduire une notification conformément au § 14, 4°.

Lorsqu'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. est en cours, la période de validité de cette situation se poursuit jusqu'au terme prévu pour celle-ci conformément aux dispositions du § 14, 4°, 2ème alinéa.

3) d'une nouvelle situation pathologique visée au § 14, 5°, B., la notification pour cette situation pathologique se termine à la fin de l'année civile en cours. Ensuite, cette situation pathologique est considérée comme une seule entité avec la situation visée au 1° jusqu'à la fin de la notification de celle-ci. Cependant, si le bénéficiaire est atteint de la situation pathologique visée au § 14, 5°, B., *h)*, (prestations lymphoedème 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785) la période de validité de la notification visée au § 14, 4°, alinéa 2, 2e tiret est d'application pour cette situation pathologique et les deux notifications se poursuivent selon leur propre période de validité.

Lorsque une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, B. est en cours, la période de validité de cette situation se termine à la fin de l'année civile au cours de laquelle débute une notification visée au 4°, *b)* du présent paragraphe excepté pour la situation pathologique visée au § 14, 5°, B., *h)*.

4) d'une nouvelle situation pathologique visée au § 14*quater*, 1°, une nouvelle première notification peut être introduite auprès du médecin conseil. La nouvelle notification doit correspondre aux conditions décrites dans le § 14*quater*. Le médecin-conseil peut donner l'autorisation d'attester 90 séances 566016, 566075, 566134, 566193, 566252, 566296, 566392, 566355 supplémentaires pendant la période visée au § 14*quater*, 4°, *b)*, 1er alinéa. Il est mis fin à la notification précédente à la fin de l'année civile en cours. Ensuite, les deux situations pathologiques sont considérées comme une seule entité pathologique. Un renouvellement de notification pour la situation pathologique précédente n'est pas possible pendant la durée de validité de la nouvelle notification.

d) Outre une première séance de kinésithérapie individuelle 566016, 566075, 566134, 566193 566252, 566296, 566392, 566355 du § 1er, 9°, une deuxième séance 566436, 566451, 566473,566414, 566495, 566510, 566532, 566554 dans la même journée, peut être attestée un maximum de 20 fois par année civile pendant toute la durée de la période couverte par une notification pour la situation pathologique visée au § 14*quater*, 1°, *j)*. Une deuxième séance journalière peut être attestée si le kinésithérapeute dispose d'une prescription médicale qui justifie clairement cette deuxième séance. Dans ce cas, le kinésithérapeute est tenu de présenter une copie de cette prescription au médecin-conseil, dans le cadre d'un contrôle à posteriori.

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.

e) Les traitements 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 conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur de ces recommandations et standards.

4° *a)* Une notification du traitement d'une situation pathologique visée au § 14*quater*, 1° sera adressée par le kinésithérapeute personnellement au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire. L'intervention de l'assurance pour les prestations dans le cadre de ce traitement est due uniquement si le médecin-conseil de l'organisme assureur est en possession d'une notification valide.

b) Une première notification porte jusqu'à la fin de la deuxième année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1ère prestation du traitement a eu lieu.

La même période de validité s'applique également dans le cadre d'un renouvellement. Ce renouvellement de notification doit répondre à toutes les conditions du § 14*quater* et notamment le point 3°, *b)*.

c) Doivent être conservés dans le dossier individuel du patient pour chaque première notification ou renouvellement :

- une copie de la prescription médicale, notamment la prescription initiale mentionnant le diagnostic ;

- het omstandig en geactualiseerd functioneel bilan met nauwkeurige beschrijving van de anatomische en/of functionele stoornissen, de beperkingen in activiteiten en/of participatie, in de zin van de WGO-ICF;

- de nood aan kinesitherapie zoals beschreven in 2° en het behandelingsplan;

d) Het model van die kennisgeving wordt opgesteld door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging op voorstel van de Technische Raad voor Kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen.

Die kennisgeving moet alle vereiste elementen op het voormelde model van kennisgeving bevatten en meer bepaald:

- de identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum en inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling);

- de identificatiegegevens van de kinesitherapeut (naam, voornaam en RIZIV-nummer) en de aanvangsdatum van de behandeling;

- de omschrijving van een van de pathologische situaties zoals beschreven in 1°;

- de datum en handtekening van de kinesitherapeut dat hij beschikt over een correct medisch voorschrift voor de behandeling van een van de situaties bedoeld in 1°, en dat hij kennis heeft genomen van de aanbevelingen en zorgstandaarden die door het Verzekeringscomité zijn vastgesteld.

5° *a)* Gedurende de in paragraaf § 14*quater*, 4°, *b)* bepaalde geldigheidsperiode van een kennisgeving, kan een pathologische situatie zoals vermeld in § 14*quater* 1° evolueren naar een verhoogde, intensieve en meer langdurige kinesitherapeutische nood. Als die nood voldoet aan de bepalingen van artikel 7, § 3 van het Koninklijk Besluit bedoeld in § 11, 1ste lid van dit artikel, kan een specifieke aanvraag daarvoor overeenkomstig het formulier dat door het Verzekeringscomité is goedgekeurd bij de adviserend arts worden ingediend.

Artikel 7, § 3, 3e lid van het Koninklijk Besluit bedoeld in § 11, 1ste lid van dit artikel bepaalt: "Onder verhoogde nood aan kinesitherapie of fysiotherapie zoals bedoeld in het tweede lid, 3°, wordt verstaan dat de behandeling zoals beschreven in het behandelingsplan een intensieve en langdurige kinesitherapeutische of fysiotherapeutische tenlasteneming vergt bestaande uit minimum 60 zittingen op een periode van 6 maanden of minimum 90 zittingen op een periode van 12 maanden. Uit het behandelingsplan blijken eveneens het nut en de te verwachten resultaten van de behandeling."

b) Wanneer het akkoord in de pathologische situatie overeenkomstig § 11 en de regels van artikel 7, § 3 van het Koninklijk Besluit bedoeld in § 11, 1ste lid van dit artikel ten einde loopt en er geen verlenging in dit statuut meer gerechtvaardigd is en wanneer aan de voorwaarden van § 14*quater* is voldaan, mag opnieuw een eerste kennisgeving bij de adviserend arts worden ingediend. De regels van deze paragraaf zijn van toepassing."

9° § 18, eerste lid wordt vervangen als volgt:

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

10° In § 20, tweede lid worden de woorden: "De verstrekkingen, vermeld in de rubrieken I en II van § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° en de verstrekkingen vermeld in 7°:" vervangen als volgt :

"De verstrekkingen, vermeld in de rubrieken I en II van § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 9° en de verstrekkingen vermeld in 7°, "

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2027.

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

Gegeven te Brussel, 21 september 2026.

FILIP

Van Koningswege:

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

- le bilan fonctionnel circonstancié et actualisé qui décrit précisément le(s) trouble(s) anatomique(s) et/ou fonctionnel(s), les limitations d'activités et/ou de participation, dans le sens de l'OMS-ICF ;

- le besoin en kinésithérapie décrit au 2° et le plan de traitement ;

d) 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 conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs.

Cette notification doit comprendre l'intégralité des éléments requis sur ledit modèle de notification et notamment :

- 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 INAMI), la date du début du traitement ;

- le libellé d'une des situations pathologiques décrites au 1° ;

- les date et signature du kinésithérapeute selon lesquelles il dispose d'une prescription médicale correcte pour le traitement de l'une des situations visées au 1°, et qu'il a pris connaissance des recommandations et des standards de soins fixés par le Comité de l'assurance.

5° *a)* Au cours d'une période de validité visée au § 14*quater*, 4°, *b)* d'une notification, une situation pathologique reprise au § 14*quater* 1°, peut évoluer vers un besoin de kinésithérapie accru, intensif et de plus longue durée. Si ce besoin répond aux conditions de l'article 7, § 3 de l'arrêté royal visé au § 11, 1er alinéa du présent article, une demande spécifique, selon le formulaire approuvé par le Comité de l'assurance, peut être introduite auprès du médecin-conseil.

L'article 7, § 3, alinéa 3 de l'arrêté royal visé au § 11, 1er alinéa du présent article précise : « Par besoin accru de kinésithérapie ou de physiothérapie tel que visé à l'alinéa 2, 3°, il faut comprendre que le traitement tel que décrit dans le plan de traitement nécessite une prise en charge de kinésithérapie ou de physiothérapie intensive et de longue durée consistant en un minimum de 60 séances sur une période de 6 mois ou en un minimum de 90 séances sur une période de 12 mois. L'utilité et les résultats attendus du traitement sont également explicités dans le plan de traitement. »

b) Lorsque l'accord en situation pathologique conformément au § 11 et aux règles de l'article 7, § 3 de l'arrêté royal visé au § 11, 1er alinéa du présent article arrive à échéance et qu'une prolongation dans ce statut ne se justifie plus et que les conditions du § 14*quater* sont remplies, une première notification peut être introduite auprès du médecin-conseil. Les règles du présent paragraphe s'appliquent. »

9° Le § 18, 1er alinéa est remplacé par ce qui suit :

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

10° Dans le § 20, 2e alinéa les mots : "*Les prestations visées aux rubriques I et II du* 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° *et les prestations visées au* 7°, sont remplacés par ce qui suit :

« Les prestations visées aux rubriques I et II du 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 9° et les prestations visées au 7°, »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2027.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 21 septembre 2026.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
F. VANDENBROUCKE