



WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

N. 2002 — 1540

[C — 2002/22318]

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

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

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

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

Gelet op het voorstel van de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, gegeven op 21 januari 2002;

Gelet op het advies van de Technische raad voor kinesithérapie, gegeven op 15 februari 2002;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige controle, gegeven op 15 februari 2002;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 7 maart 2002;

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

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

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 22 maart 2002;

Gelet op het advies 33.221/1 van de Raad van State, gegeven op 28 maart 2002;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

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

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 mei 2002.

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

Gegeven te Brussel, 18 april 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 2002 — 1540

[C — 2002/22318]

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

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

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

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

Vu la proposition du Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, faite le 21 janvier 2002;

Vu l'avis du Conseil technique de la kinésithérapie, donné le 15 février 2002;

Vu l'avis du Service du contrôle médical, donné le 15 février 2002;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 7 mars 2002;

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

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

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 22 mars 2002;

Vu l'avis 33.221/1 du Conseil d'Etat, donné le 28 mars 2002;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

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

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} mai 2002.

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

Donné à Bruxelles, le 18 avril 2002.

ALBERT

Par le Roi :

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

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

NOMENCLATUUR

HOOFDSTUK III. — Gewone geneeskundige hulp

Afdeling 3. — Kinesitherapie

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

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

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

(2)	(3)		
560011	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560033	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
560055	Als de zitting 560011 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
560092	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24

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

560114	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560136	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
560151	Als de zitting 560114 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
560195	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24

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

560210	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560232	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
560254	Als de zitting 560210 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
560291	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24

II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.

560313	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
560335	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10

560350	Als de zitting 560313 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in §10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
560394	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	22
III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.			
560416	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
560431	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
560453	Als de zitting 560416 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8
IV. Verstrekkingen verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.			
560501	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
560523	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.			
560534	560545 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
560556	560560 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
VI. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor bejaarden of aan rechthebbenden die er verblijven.			
560571	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
560593	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
560615	Als de zitting 560571 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 10 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8
2° Verstrekkingen, verricht aan rechthebbenden bedoeld in § 11 van dit artikel.			
I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.			
560652	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560674	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
560696	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2de zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10

560711	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	24
560733	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
560755	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 60 minuten heeft	M	45
I. b) Verstrekkingen, verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.			
560770	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560792	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
560814	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10
560836	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	24
560851	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
560873	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 60 minuten heeft	M	45
I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.			
560895	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
560910	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
560932	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10
560954	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	24
560976	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
560991	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 60 minuten heeft	M	45
II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.			
561013	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
561035	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
561050	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2de zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10
561072	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	24
561094	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
561116	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 60 minuten heeft	M	42

	III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.		
561131	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft	M	14,5
561153	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	8
561175	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	8
561190	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	14,5
561212	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 60 minuten heeft	M	45
	IV. Verstrekkingen, verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.		
561245	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
561260	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
561282	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	10
561304	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 60 minuten heeft	M	42
	V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.		
561315	561326 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
561330	561341 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	10
	VI. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor bejaarden of aan rechthebbenden die er verblijven.		
561352	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft	M	14,5
561374	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur	M	8
561396	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur; 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 11	M	8
561411	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	14,5
	3 ^o Verstrekkingen verricht aan rechthebbenden die zich in een van de in § 12 van dit artikel omschreven situaties bevinden.		
	I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.		
561433	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur : 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10

	I. b) Verstrekkingen, verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.		
561455	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur : 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.		
561470	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur : 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.		
561492	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip : 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.		
561514	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur : 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	8
	IV. Verstrekkingen, verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.		
561540	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur : 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.		
561551	561562 Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur : 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	10
	VI. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats voor bejaarden of aan rechthebbenden die er verblijven.		
561573	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende niet gekoppeld is aan het begrip duur : 2 ^e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M	8
	4 ^o Verstrekkingen verricht in het kader van perinatale kinesitherapie overeenkomstig § 13 van dit artikel.		
	I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.		
561595	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
	I. b) Verstrekkingen, verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.		
561610	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
	I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.		
561632	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
	II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.		
561654	Individuele kinesitherapiezitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22

		III. Verstrekkingen, verricht in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden of voor rechthebbenden die er verblijven.		
561676		Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 20 minuten heeft	M	14,5
		IV. Verstrekkingen, verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.		
561702		Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
		V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.		
561713	561724	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
		5° Verstrekkingen verricht aan rechthebbenden die zich in een van de in § 14 van dit artikel omschreven situaties bevinden.		
		I. a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.		
561735		Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
561750		Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
561772		Als de zitting 561735 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
561794		Kinesiotherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	24
561816		Consultatief kinesiotherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
		I. b) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen in een ziekenhuis.		
561831		Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
561853		Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
561875		Als de zitting 561831 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
561890		Kinesiotherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	24
561912		Consultatief kinesiotherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24
		I. c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesiotherapeut, gelegen in een georganiseerde medische dienst buiten een ziekenhuis.		
561934		Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	24
561956		Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
561971		Als de zitting 561934 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesiotherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
561993		Kinesiotherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	24
562015		Consultatief kinesiotherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	24

II. Verstrekkingen, verricht bij de rechthebbenden thuis.

562030	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
562052	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10
562074	Als de zitting 562030 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	13
562096	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	22
562111	Consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt	M	22

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

562133	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
562155	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
562170	Als de zitting 562133 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8
562192	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag	M	14,5

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

562214	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	14,5
562236	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 10 minuten heeft	M	8
562251	Als de zitting 562214 niet mag worden geattesteerd, rekening houdende met de in § 14 van dit artikel vastgestelde beperkingen : individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een minimumduur van 20 minuten heeft	M	8
562273	Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met een schriftelijk verslag	M	14,5

V. Verstrekkingen, verricht in revalidatiecentra met een overeenkomst.

562295	562306	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	M	22
562310	562321	Individuele kinesitherapie­zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft	M	10

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

§ 3. Het voorschrift.

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

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

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

4° De behandeling moet worden aangevat binnen een periode van 30 dagen die volgt na het opmaken van het voorschrift waarop ze betrekking heeft of na het verstrijken van de termijn die door de voorschrijver uitdrukkelijk is vermeld.

5° Ingeval de behandelend geneesheer een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek voorschrijft, schrijft de geneesheer een eventuele behandeling voor met verwijzing naar dat onderzoek.

6° Het aantal voorgeschreven zittingen mag niet hoger liggen dan 9 per voorschrift voor de rechthebbenden zoals bedoeld in § 1, 1°, I, II, III, V, VI, 3°, I, II, III, V, VI, en 4°. Het aantal voorgeschreven zittingen mag niet hoger liggen dan 30 per voorschrift voor de rechthebbenden zoals bedoeld in § 1, 1°, IV, 2°, 3°, IV en 5°.

§ 3bis.

1° Kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt met schriftelijk verslag.

Het kinesitherapeutisch onderzoek moet worden gedaan voor de behandeling wordt aangevat zelfs indien deze verstrekking niet uitdrukkelijk is vermeld op het voorschrift maar mag worden gedaan ter gelegenheid van de eerste individuele kinesitherapiezitting van de behandeling.

Deze verstrekking kan op dezelfde dag worden aangerekend als de eerste individuele kinesitherapiezitting.

Deze verstrekking kan maximaal 1 keer per jaar per rechthebbende worden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepaling begint een jaar op 1 januari en eindigt het op 31 december.

Deze verstrekking omvat de mededeling van een schriftelijk verslag aan de behandelend geneesheer wanneer die geneesheer erom vraagt. Minstens één maal per jaar moet een schriftelijk verslag aan de geneesheer worden meegedeeld.

Voor de situaties omschreven in § 11 en § 14 is voor elk nieuw voorschrift een kinesitherapeutisch onderzoek met schriftelijk verslag, al dan niet aanrekenbaar, vereist, ook al gaat het om dezelfde pathologische situatie.

Dit schriftelijk verslag omvat : de vermelding van de behandelde aandoening(en), het kinesitherapeutisch bilan gemaakt door de kinesitherapeut aan het begin en aan het einde van een reeks zittingen uitgevoerd in het raam van één voorschrift, de verstrekte verrichtingen en de frequentie van de zittingen en desgevallend een beknopte verwijzing naar de verstrekte raadgevingen voor secundaire preventie en thuisprogramma die aan de patiënt zijn meegedeeld. Een afschrift van het verslag moet in het dossier bewaard worden.

2° Het consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt.

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

Per behandeling mag slechts 1 van de volgende verstrekkingen worden aangerekend : 560711, 560733, 560836, 560851, 560954, 560976, 561072, 561094, 561190, 561411, 516794, 561816, 561993, 562015, 562096, 562111, 562192, 562273.

De term « behandeling » betekent in deze paragraaf een geheel van verzorgingszittingen voor dezelfde pathologische situatie.

§ 4. Als verstrekkingen die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren, worden de intellectuele en technische handelingen beschouwd die zijn omschreven in artikel 21*bis*, § 4 en § 6 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

§ 5. Het opmaken van een verslag, inclusief een weergave van het begin - en eindbilan, voor de behandelend geneesheer maakt integrerend deel uit van de verstrekkingen van de nomenclatuur.

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

1° als mobilisatie of fysische therapieën zijn met name uitgesloten : oog- of orthoptische gymnastiek, magnotherapie, sonotherapie (die moet worden onderscheiden van de ultrasonotherapie, die hier niet bedoeld is), plantaire reflexologie, auriculotherapie, hippotherapie, alleen uitgevoerde applicaties van warmte en/of koude, acupunctuurverstrekkingen, vertebrale tracties op een mechanische tafel of een tafel met elektromotor of door suspensie;

2° mogen niet worden vergoed, de verstrekkingen van louter esthetische aard of inzake persoonlijke hygiëne (inzonderheid onderhoudsgymnastiek, fitness, sauna en zonnebank), de verstrekkingen betreffende de voorbereiding en begeleiding in het kader van de uitoefening van elke sportieve activiteit;

3° mogen niet worden vergoed, de verstrekkingen in het raam van de situaties bedoeld in artikel 136, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

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

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

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

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

§ 8. In elk geval maakt het opmaken van een dossier per rechthebbende, gespreid over het geheel van de verzorgingszittingen, integrerend deel uit van de kinesitherapiebehandeling.

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

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

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

Het individueel kinesitherapiedossier bevat eveneens de eventueel vereiste gegevens, namelijk : de wijzigingen aan het voorschrift overeenkomstig § 3, 4°; een kopie van het verslag voor de voorschrijvend geneesheer overeenkomstig § 5, het schriftelijk verslag overeenkomstig § 3*bis*; een kopie van het formulier tot kennisgeving van de behandeling van een pathologische situatie bedoeld in § 14, de splitsing van de verstrekkingen overeenkomstig § 15. Hetzelfde persoonlijk dossier moet voor alle behandelingen dienen, ongeacht of het gaat om één dan wel meer aandoeningen of pathologische situaties.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indien de rechthebbende in de loop van het jaar aangetast wordt door een nieuwe pathologische situatie, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om, na het verstrijken van de 18 zittingen van de voorafgaande pathologische situatie, over de resterende periode van het in het vorige lid omschreven jaar maximaal 18 bijkomende verstrekkingen per nieuwe pathologische situatie, met een maximum van 36 bijkomende verstrekkingen per jaar, te attesteren. Die aanvraag moet vergezeld gaan van een verslag van de behandelend geneesheer waarin de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden worden omschreven. De aanvraag moet worden ingediend met een aan de adviserend geneesheer persoonlijk geadresseerde brief. Er mogen geen bijkomende verstrekkingen worden aangerekend alvorens de adviserend geneesheer daarvoor zijn toestemming heeft verleend. De adviserend geneesheer wordt geacht zijn toestemming te hebben verleend als hij binnen 14 dagen na de verzending van de aanvraag zijn weigering niet heeft betekend of geen bijkomende inlichtingen heeft gevraagd; het poststempel geldt als bewijs. De kennisgeving van de weigering wordt met een aangetekende brief aan de rechthebbende meegedeeld en de kinesitherapeut ontvangt een kopie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) voor de rechthebbenden die verblijven in een eenheid die erkend is voor de functie intensieve zorg (code 49) op basis van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie intensieve zorg moet voldoen om te worden erkend, of in een dienst N voor vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen (code 27) tijdens de hele duur van het verblijf in die eenheden of diensten.

b) voor de rechthebbenden die opgenomen zijn of geweest zijn in een ziekenhuis en voor wie één van de volgende verstrekkingen werd aangerekend :

- van artikel 13, § 1, van de nomenclatuur (reanimatie) : 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 en 214045;

- van artikel 14, k, van de nomenclatuur (orthopedie) : de verstrekkingen met een waarde gelijk aan of hoger dan N 500, met uitzondering van de verstrekkingen 289015 - 289026, 289030 - 289041, 289052 - 289063 en 289074 - 289085.

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

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

a) de nomenclatuurcodenummers en de betrekkelijke waarde van de ontvangen reanimatiebehandeling of van de uitgevoerde heelkundige ingreep;

b) de datum van de ingreep of de datum van de opname in de dienst intensieve verzorging of voor pasgeborenen;

c) de gewenste frequentie per week en per dag.

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

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

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

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

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

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

De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan de rechthebbenden die zich bevinden in een van de situaties omschreven in het laatste lid van deze paragraaf aanrekenen aan de hand van de verstrekkingen in § 1,5°, totdat het probleem opgelost is, behalve indien zij zich ook in één van de situaties beschreven in § 11 bevinden of indien de rechthebbende gehospitaliseerd is.

Onverminderd de bepalingen van het volgende lid, mogen de verstrekkingen 561735, 561831, 561934, 562030, 562133, 562214 en 562295 per rechthebbende maximaal 60 maal per jaar worden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepaling begint een jaar op 1 januari en eindigt het op 31 december.

Indien de rechthebbende in de loop van het jaar wordt aangetast door een nieuwe pathologische situatie, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om, na het verstrijken van de 60 zittingen van de voorafgaande pathologische situatie, over de resterende periode van het in het vorige lid beschreven jaar maximaal 18 bijkomende verstrekkingen vermeld in § 10 per nieuwe pathologische situatie, met een maximum van 36 bijkomende verstrekkingen per jaar te attesteren. Indien de nieuwe pathologische situatie overeenstemt met één van de situaties omschreven in het laatste lid van deze paragraaf kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om, na het verstrijken van de 60 zittingen van de vorige pathologische situatie, over de resterende periode van het jaar maximaal 60 bijkomende verstrekkingen vermeld in het tweede lid van deze paragraaf te attesteren.

Die aanvraag moet vergezeld gaan van een verslag van de behandelend geneesheer waarin de opeenvolgende pathologische situaties en hun datum van optreden worden omschreven. De aanvraag moet worden ingediend met een aan de adviserend geneesheer persoonlijk geadresseerde brief. Er mogen geen bijkomende verstrekkingen worden aangerekend alvorens de adviserend geneesheer daarvoor zijn toestemming heeft verleend. De advise-rend 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 meegegeed en de kinesitherapeut ontvangt een kopie.

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

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° aanreken-t omdat het op dat moment niet duidelijk is of de pathologische situatie overeenstemt met een situatie omschreven in het laatste lid van deze paragraaf dan worden die aangerekende verstrekkingen meegeteld in het kader van het maximum van 60 verstrekkingen bepaald in het tweede lid van deze paragraaf.

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

Een kennisgeving van de behandeling van een pathologische situatie bedoeld in deze paragraaf wordt door de kinesitherapeut aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende bezorgd middels een persoonlijk geadresseerde brief uiterlijk binnen 10 kalenderdagen na de dag van de eerste verstrekking uit § 1, 5° voor die pathologische situatie.

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

Deze kennisgeving omvat ten minste de identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum en het inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling), de identificatiegegevens van de kinesitherapeut (naam, voornaam, erkenningsnummer), datum van het begin van de behandeling, de benaming van één van de pathologische situaties beschreven in het laatste lid van deze paragraaf en een verklaring van de kinesitherapeut aangevend dat hij over elementen beschikt die aantonen dat patiënt zich in een situatie omschreven in deze paragraaf bevindt.

In deze kennisgeving bevestigt de kinesitherapeut dat hij beschikt over een deugdelijk voorschrift voor de behandeling van één van in het laatste lid van deze paragraaf bedoelde situaties, en dat hij kennis heeft genomen van de standaarden voor verzorging zoals ze door het Verzekeringscomité werden vastgelegd. Een afschrift van het voorschrift alsook de elementen die aantonen dat de patiënt zich in een situatie beschreven in het laatste lid bevindt, moeten in het dossier bewaard worden.

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

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

a) Posttraumatische of postoperatieve aandoening die langere kinesitherapie vereist. Situaties waarin verstrekkingen uit artikel 14 k) (orthopedie), I (heelkundige verstrekkingen) en III zijn aangerekend en waarin de som van die verstrekkingen overeenkomt met een waarde van N 200 of meer;

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

c) Situaties waarbij de rechthebbenden opgenomen zijn geweest in een eenheid die erkend is voor de functie intensieve zorg (code 49) op basis van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie intensieve zorg moet voldoen om te worden erkend, of in een dienst N voor vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen (code 27);

d) Ademhalingsinsufficiëntie :

1. bij kinderen onder 16 jaar met tracheo-, laryngo- en bronchomalacie of recidiverende lage luchtweginfecties minstens initieel aangetoond door medische beeldvorming;

2. bij rechthebbenden die voldoen aan de criteria van de typerevalidatie-overeenkomst inzake langdurige zuurstoftherapie thuis of bij thuisbeademing;

e) Neuropathie met motorisch deficit en invalidering als gevolg :

1. mononeuropathie (inzonderheid dropvoet, drophand);

2. motorische of gemengde polyneuropathie.

Het motorisch deficit wordt gekwantificeerd door een gestandaardiseerde 'muscle testing' waarbij volgens de classificatie van de 'Medical Research Council' een score van 3 of lager wordt geobjectiveerd. Een specialistisch consult en de nodige diagnostische onderzoeken waaronder neurofysiologische testen hebben voorafgaand plaatsgevonden. In geval in het medisch verslag de oorzaak van de neuropathie en klinisch beeld duidelijk zijn, inzonderheid voor diabetes, kan de behandeling aangevat worden zonder verdere neurofysiologische investigatie. Het hierboven vermelde medisch verslag moet in het dossier bewaard worden;

f) Situaties die een gangrevalidatie noodzakelijk maken :

Voor ouderen boven 70 jaar, met persisterende fragiliteit, te objectiveren door de behandelend geneesheer en kinesitherapeut aan de hand van de volgende kenmerken :

- recidiverend vallen of aanwezigheid van een osteoporotische fractuur in combinatie met twee van de volgende testresultaten;
- gestoorde gang of inspanningscapaciteit, te documenteren door een 6 minuten looptest met een loopafstand kleiner dan 350 meter;
- afgenomen spierkracht te documenteren door een knijpkracht kleiner dan 40 kP in de dominante hand;
- gestoorde gang en evenwicht, te documenteren door een Tinetti test met een score kleiner dan 20/28.

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

g) Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen :

1. bij kinderen onder 16 jaar, na specialistisch (neuro)pediatrisch advies en behandelingsvoorstel, en met een significant zwakkere score op een genormeerde gestandaardiseerde test;
2. bij kinderen tot en met 18 maanden met klinisch duidelijke ontwikkelingsstoornissen vastgesteld door middel van evaluatie in een gespecialiseerde multidisciplinaire equipe.

h) Chronisch vermoeidheidssyndroom/fibromyalgie :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 20. De in dit artikel, § 1, vermelde verstrekkingen mogen alleen maar worden aangerekend door de kinesitherapeuten die houder zijn van een erkenning overeenkomstig artikel 71 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De in de rubrieken I en II van § 1, 1°, 2°, 3°, 4° en 5°, vermelde verstrekkingen mogen alleen maar worden aangerekend door de kinesitherapeuten die houder zijn van een bijzondere erkenning waarvoor normen gelden die zijn bepaald in artikel 73 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

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

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

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

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

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

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

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,

F. VANDENBROUCKE

—
Nota's

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

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

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

NOMENCLATURE

CHAPITRE III. — Soins courants

Section 3. — Kinésithérapie

Art. 7. § 1. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes :

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

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

(2)	(3)			
560011		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
560033		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
560055		Lorsque la séance 560011 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
560092		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.		
560114		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
560136		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
560151		Lorsque la séance 560114 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
560195		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé.		
560210		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
560232		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
560254		Lorsque la séance 560210 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
560291		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
560313		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
560335		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
560350		Lorsque la séance 560313 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
560394		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	22

	III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.			
560416	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5	
560431	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8	
560453	Lorsque la séance 560416 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8	
	IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.			
560501	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint durée globale une moyenne de 30 minutes	M	22	
560523	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10	
	V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.			
560534	560545 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22	
560556	560560 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10	
	VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.			
560571	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5	
560593	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8	
560615	Lorsque la séance 560571 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8	
	2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article.			
	I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.			
560652	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
560674	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10	
560696	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11 .	M	10	
560711	Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24	
560733	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	
560755	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	45	

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

561190		Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	14,5
561212		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	45
		IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.		
561245		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
561260		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
561282		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11 .	M	10
561304		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	42
		V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.		
561315	561326	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
561330	561341	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	10
		VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
561352		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	14,5
561374		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée	M	8
561396		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la même journée conformément aux dispositions du § 11 .	M	8
561411		Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	14,5
		3 ^o Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 12 du présent article.		
		I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		
561433		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		I. b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.		
561455		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		I c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un l'hôpital dans un service médical organisé.		
561470		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
561492		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10

		III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
561514		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	8
		IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.		
561540		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.		
561551	561562	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de durée : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	10
		VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
561573		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire n'est pas lié à la notion de : 2 ^e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	8
		4 ^o Prestations effectuées dans le cadre de la kinésithérapie périnatale conformément au § 13 du présent article.		
		I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé		
561595		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
		I. b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.		
561610		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
		I. c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.		
561632		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
		II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
561654		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
		III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
561676		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	14,5
		IV. Prestations effectuées au bénéficiaire hospitalisé.		
561702		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22

		V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.		
561713	561724	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
		5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14 du présent article.		
		I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.		
561735		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
561750		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
561772		Lorsque la séance 561735 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
561794		Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
561816		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		I. b) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé dans un hôpital.		
561831		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
561853		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
561875		Lorsque la séance 561831 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
561890		Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
561912		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.		
561934		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
561956		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
561971		Lorsque la séance 561934 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
561993		Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	24
562015		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
		II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
562030		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
562052		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10
562074		Lorsque la séance 562030 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	13
562096		Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	22
562111		Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	22

		III. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
562133		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5
562155		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8
562170		Lorsque la séance 562133 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8
562192		Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	14,5
		IV. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.		
562214		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	14,5
562236		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 10 minutes	M	8
562251		Lorsque la séance 562214 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 14 du présent article : séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 20 minutes	M	8
562273		Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit	M	14,5
		V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.		
562295	562306	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	22
562310	562321	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	10

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

§ 3. La prescription.

1° Elle doit revêtir la forme d'un écrit rédigé personnellement par un médecin.

2° Elle indique dans tous les cas le nombre maximum de séances pouvant être effectuées, le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter, la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne la précise pas. Le cas échéant elle comportera les éléments complémentaires, justifiant une deuxième séance journalière, conformément aux dispositions du § 11 ou du § 12, 2°, du présent article. Si le problème est résolu avant, le nombre de séances effectuées peut être inférieur à celui figurant sur la prescription.

3° La conception du traitement et la fréquence sont déterminées à l'initiative et sous la responsabilité du kinésithérapeute sauf si le prescripteur précise celles-ci ou l'une de celles-ci. En cas de désaccord sur la conception et la fréquence du traitement prescrit, le kinésithérapeute prendra contact avec le prescripteur en vue d'éventuelles modifications. Ces modifications ainsi que la mention de l'accord du médecin prescripteur seront mentionnées au dossier du bénéficiaire.

4° Le traitement doit être entamé dans les 30 jours qui suivent l'établissement de la prescription auquel il se rapporte ou bien après l'expiration du délai qui a été mentionné explicitement par le prescripteur.

5° En cas de prescription par le médecin traitant d'un examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif, le médecin prescrit un éventuel traitement avec référence à cet examen.

6° Le nombre de séances prescrites ne peut être supérieur à 9 par prescription pour les bénéficiaires comme prévu au § 1^{er}, 1°, I, II, III, V, VI, 3°, I, II, III, V, VI et 4°. Le nombre de séances prescrites ne peut être supérieur à 30 par prescription pour les bénéficiaires comme prévu au § 1^{er}, 1°, IV, 2°, 3°, IV en 5°.

§ 3bis.

1° Examen kinésithérapeutique du patient avec rapport écrit.

L'examen kinésithérapeutique doit être effectué avant d'entamer le traitement même si cette prestation n'est pas mentionnée explicitement sur la prescription mais peut être effectué à l'occasion de la première séance individuelle de kinésithérapie du traitement.

Cette prestation peut être attestée le même jour que la première séance individuelle de kinésithérapie.

Cette prestation peut être attestée 1 fois par an par bénéficiaire maximum. Pour l'application de cette disposition, une année commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre.

Cette prestation comprend la communication d'un rapport écrit au médecin traitant lorsque ce médecin le demande. La communication d'un rapport écrit est obligatoire au moins une fois par an.

Pour les situations visées aux §11 et §14, un examen kinésithérapeutique avec rapport écrit, attestable ou non, est exigé pour chaque nouvelle prescription, même s'il s'agit de la même situation pathologique.

Ce rapport écrit comprend : la mention de(s) l'affection(s), le bilan kinésithérapeutique établi par le kinésithérapeute au début et à la fin d'une série de séances effectuées dans le cadre d'une prescription, les prestations effectuées et la fréquence des séances, une référence succincte aux conseils donnés pour une prévention secondaire et au programme à domicile qui ont été communiqués au patient, s'il échet. Une copie du rapport doit être conservée dans le dossier.

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

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

Seulement une des prestations suivantes peut être attestée par traitement : 560711, 560733, 560836, 560851, 560954, 560976, 561072, 561094, 561190, 561411, 516794, 561816, 561993, 562015, 562096, 562111, 562192 et 562273.

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

§ 4. Entrent en ligne de compte au titre de prestations de la compétence d'un kinésithérapeute, les actes intellectuels et techniques définis à l'article 21bis, § 4 et § 6 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

§ 5. La rédaction d'un rapport au médecin prescripteur, y compris un rapport du bilan initial et final, fait partie intégrante des prestations de la nomenclature.

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

1° sont notamment exclues au titre de mobilisation ou de thérapies physiques : la gymnastique oculaire ou orthoptique, la magnothérapie, la sonothérapie (à distinguer de l'ultrasonothérapie qui n'est pas ici visée), la réflexologie plantaire, l'auriculothérapie, l'hippothérapie, les applications de chaud et/ou de froid exécutées seules, les prestations d'acupuncture, les tractions vertébrales par table mécanique ou à moteur électrique ou par suspension;

2° ne peuvent être remboursées, les prestations à caractère purement esthétique ou d'hygiène individuelle (par exemple : la gymnastique d'entretien, le fitness, les séances de sauna et de bronzage) les prestations d'accompagnement et de préparation de toute activité sportive;

3° ne peuvent être remboursées, les prestations dans le cadre des situations visées à l'article 136, § 3 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

4° Les massages (excepté dans les circonstances décrites à l'alinéa suivant), les techniques physiques dans le cadre de l'électrothérapie, la thérapie par ultrasons, la thérapie laser et les autres diverses techniques d'application de chaleur, peuvent uniquement être remboursés s'ils sont appliqués en complément et non pas exclusivement.

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

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

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

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

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

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

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

Le dossier kinésithérapeutique reprend également, le cas échéant, des données indispensables à savoir : les modifications à la prescription conformément au § 3, 4°, la copie du rapport au médecin prescripteur conformément au § 5, le rapport écrit conformément § 3bis, une copie du formulaire de notification pour le traitement d'une situation pathologique visée au § 14, la scission des prestations conformément au § 15. Le même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

§ 9bis. La séance individuelle de kinésithérapie doit comprendre un ou plusieurs actes qui ressortissent à la compétence des kinésithérapeutes et exige, si la situation du bénéficiaire le permet, une participation active du patient sous la forme d'une thérapie active d'exercices, y compris les instructions et conseils en vue d'une prévention secondaire.

Une participation active n'est pas exigée de la part des enfants pour lesquels une participation active et consciente n'est pas encore possible ou de la part de patients qui sont totalement dépendants.

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

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

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

Les prestations effectuées au domicile des bénéficiaires ne peuvent être attestées que si le médecin prescripteur a expressément mentionné sur la prescription que le patient ne peut quitter son domicile de façon autonome.

En vue de la rédaction des profils des pratiques médicales, l'enregistrement de la pathologie sous la forme de pseudo-codes est obligatoire et ce, sur base de la situation pathologique. Les modalités d'enregistrement de la pathologie sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé après la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes - organismes assureurs.

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

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 56011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 18 fois par an. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. En ce qui concerne l'année 2002, les prestations 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 et 515955 et les prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 ne peuvent au total être attestées que 18 fois par bénéficiaire. Pour les prestations 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 et 515955 qui ont été effectuées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté royal par lequel cette disposition est introduite et qui dépassent le nombre précité, le remboursement prévu reste néanmoins dû.

Si au cours de l'année, le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester à la fin des 18 séances pour la pathologie précédente, 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an pendant la période restante de l'année définie à l'alinéa précédent. Cette demande doit être accompagnée d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et les dates d'apparition. 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 réalisé au cours de la même année calendrier et qui soit indépendante de la situation pathologique initiale.

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

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

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

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

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui n'ont pas encore atteint leur 21^e anniversaire et sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débuté avant le 7^e anniversaire; la preuve qu'il est satisfait à la dernière condition doit être fournie à l'aide d'un rapport médical. Celui-ci doit être maintenu à la disposition du médecin-conseil et mentionné dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 8 du présent article. Ces prestations ne peuvent être attestées qu'une fois par jour et ne peuvent pas être cumulées le même jour avec d'autres prestations de l'article 7, § 1^{er} de la nomenclature des prestations de santé.

Le traitement et la fréquence maximale doivent se dérouler conformément aux indications et standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes B organismes assureurs. Cette disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

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

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

a) pour les bénéficiaires séjournant dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs reconnu comme tel (code 49) sur base de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction soins intensifs pour être agréé, ou un service N de soins néonataux intensifs (code 27) pendant toute la durée du séjour dans ces unités ou ces services.

b) pour les bénéficiaires hospitalisés ou l'ayant été et pour lesquels a été attestée une des prestations suivantes :

- de l'article 13, § 1^{er}, de la nomenclature (réanimation) : 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 et 214045;

- de l'article 14, k, de la nomenclature (orthopédie) : les prestations de valeur égale ou supérieure à N 500 à l'exception des prestations 289015 B 289026, 289030 - 289041, 289052 - 289063 et 289074 B 289085.

Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous a), une deuxième séance journalière peut être attestée pendant toute la durée du séjour dans les unités ou les services concernés. Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous b), pendant les 30 jours qui suivent le jour où une des prestations mentionnées sous b) a été attestée, une deuxième prestation journalière peut être attestée au maximum 14 fois. »

2° Pour les bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites à l'alinéa précédent, une deuxième séance journalière peut être attestée si le kinésithérapeute dispose d'une prescription médicale qui justifie clairement cette deuxième séance. Le cas échéant, le kinésithérapeute est tenu de présenter cette prescription au médecin-conseil, dans le cadre d'un contrôle à posteriori. Cette prescription reprendra obligatoirement :

- a) les codes nomenclature et la valeur relative du traitement de réanimation reçu ou de l'intervention chirurgicale pratiquée;
- b) la date de l'intervention ou la date d'entrée dans le service de soins intensifs ou néonatal;
- c) la fréquence souhaitée par semaine et par jour.

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

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

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

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

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

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

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1, 5°, les prestations dispensées aux bénéficiaires qui se trouvent dans l'une des situations décrites dans le dernier alinéa du présent paragraphe jusqu'à ce que le problème soit résolu, excepté s'ils se trouvent également dans l'une des situations décrites au §11 ou si le bénéficiaire est hospitalisé.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa suivant, les prestations 561735, 561831, 561934, 562030, 562133, 562214, 562295 peuvent être attestées 60 fois par an maximum par bénéficiaire. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre.

Si, au cours de l'année le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester, après les 60 séances de la situation pathologique précédente, et durant la période restante de l'année décrite dans l'alinéa précédent, au maximum 18 prestations mentionnées au § 10 supplémentaires par nouvelle situation pathologique, avec un maximum de 36 prestations supplémentaires par an. Si la nouvelle situation pathologique correspond à l'une des situations décrites dans le dernier alinéa du présent paragraphe, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester, après les 60 séances pour la situation pathologique précédente, et durant la période restante de l'année, au maximum 60 prestations mentionnées au 2^e alinéa du présent paragraphe supplémentaires.

Cette demande doit être accompagnée d'un rapport du médecin traitant décrivant les situations pathologiques successives ainsi que la date de leurs manifestations. La demande doit être introduite par une 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, réalisé au cours de la même année calendrier 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^o, parce qu'il n'est pas encore clair à ce moment si la situation pathologique correspond à une situation décrite au dernier alinéa du présent paragraphe, il faut tenir compte de ces prestations dans le cadre du maximum de 60 prestations visé au 2^e alinéa du présent paragraphe.

Le traitement et la fréquence maximale doivent avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes - organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

Une notification de traitement d'une situation pathologique visée dans le présent paragraphe sera adressée par le kinésithérapeute par courrier personnel au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire, au plus tard 10 jours civils après le jour de la première prestation visée au § 1^{er}, 5^o, pour cette situation pathologique.

Si le délai de 10 jours civils n'est pas respecté, l'intervention de l'assurance n'est due que pour les prestations effectuées à partir du jour qui suit l'envoi du formulaire. Le cachet de la poste fait foi de la date d'envoi. En cas de non-respect du délai de 10 jours, le médecin-conseil peut néanmoins décider de prendre le traitement en charge à partir de la première séance. Cette décision ne peut être prise qu'après que le dispensateur ait transmis par écrit une motivation acceptable justifiant la notification tardive.

Cette notification doit comprendre au moins les données d'identification du patient (le nom, le prénom, la date de naissance et le numéro d'inscription à l'organisme assureur), les données d'identification du kinésithérapeute (le nom, le prénom, le numéro d'agrément), la date du début du traitement, le libellé d'une des situations pathologiques décrites au dernier alinéa de ce paragraphe et une déclaration du kinésithérapeute attestant qu'il dispose des éléments démontrant que le patient se trouve dans une situation décrite au présent paragraphe.

Dans cette notification, le kinésithérapeute confirme qu'il dispose d'une prescription correcte pour le traitement de l'une des situations visées dans le dernier alinéa du présent paragraphe, et qu'il a pris connaissance des standards de soins fixés par le Comité de l'assurance. Une copie de la prescription ainsi que les éléments indiquant que le patient se trouve dans une situation décrite dans le dernier alinéa, doivent être conservés dans le dossier.

Un modèle de formulaire peut être établi par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes - organismes assureurs.

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

a) Affection posttraumatique ou postopératoire qui exige un traitement de kinésithérapie plus long. Situations dans lesquelles des prestations de l'article 14, k) (orthopédie), I (prestations chirurgicales) et III, sont attestées et pour lesquelles la somme de ces prestations correspond à une valeur de N200 ou plus;

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

c) Situations dans lesquelles les bénéficiaires ont été admis dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs (code 49) sur la base de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée, ou dans un service N pour prématurés et nouveaux-nés faibles (code 27);

d) Insuffisance respiratoire :

1. pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- et bronchomalacie ou d'infections récidivantes des voies respiratoires inférieures au moins initialement démontrées par imagerie médicale;

2. pour des bénéficiaires qui répondent aux critères de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile;

e) Neuropathie avec déficit moteur et invalidité suite à :

1. une mononeuropathie (en particulier pied tombant ou main tombante);
2. polyneuropathie motrice ou mixte.

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

f) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche :

Pour les personnes de plus de 70 ans, présentant une fragilité persistante, à objectiver par le médecin traitant et le kinésithérapeute au moyen des caractéristiques suivantes :

- chutes récurrentes ou présence d'une fracture ostéoporotique combinée avec deux des résultats de tests suivants :
- trouble de la marche ou de la capacité d'effort, à documenter par un test de marche de 6 minutes sur une distance à parcourir de moins de 350 mètres;
- diminution de la puissance musculaire, à documenter par une puissance de poigne inférieure à 40 kP dans la main dominante;
- trouble de la marche et de l'équilibre, à documenter par un test Tinetti avec un score inférieur à 20/28.

L'objectivation se fait avec un bilan extensif avec rapport médical et kinésithérapeutique, signé par le médecin traitant et le kinésithérapeute. Ce bilan contient entre autre l'indication pour les exercices, la description de l'état locomoteur à l'aide des tests décrits ci-dessus, la mention de la comorbidité et de l'usage de médicaments, la motivation de la personne âgée et la description détaillée du programme d'entraînement;

g) Troubles du développement psychomoteur :

1. chez les enfants de moins de 16 ans, après avis d'un spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé;
2. chez les enfants jusqu'à 18 mois inclus, présentant des troubles manifestes cliniques du développement établis à l'aide d'une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

h) Syndrome de fatigue chronique/fibromyalgie :

1. pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique, si pendant ou après une prise en charge dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, la continuation d'une thérapie d'exercices graduelle est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.
2. pour les patients souffrant de fibromyalgie, si un programme d'exercices kinésithérapeutiques fait partie du plan de traitement établi par l'équipe multidisciplinaire d'un centre de douleur chronique. Comme règle de transition et en attendant que des centres de référence de douleur chronique fonctionnent, les centres de douleur multidisciplinaires peuvent prendre le rôle de centre de référence de douleur chronique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 20. Les prestations visées au présent article § 1^{er} ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes titulaires d'un agrément conformément à l'article 71 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

Les prestations visées aux rubriques I et II du § 1^{er}, 1°, 2°, 3°, 4° en 5° ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes titulaires d'un agrément spécial soumis à des normes d'installation définies à l'article 73 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

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

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

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

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

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

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

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

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

F. VANDENBROUCKE

Notes

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

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