

**A.R. 26.4.2009    En vigueur 1.8.2009**  
**M.B. 29.6.2009**

- **Modifier**
- **Insérer**
- **Enlever**

## Article 7 – KINESITHERAPIE

§ 1<sup>er</sup>. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:  
2° Prestations dispensées aux bénéficiaires visés au § 11 du présent article + 6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article.  
**est modifiée profondément**

§ 9 Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants :

...

f) la périmétrie, la volumétrie ou la copie du protocole lymphoscintigraphique ou la prescription de la nécessité clinique de prolonger le traitement pour les patients visés au § 14, 5°, B., h) et au § 11, 5ème alinea.

§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 2°.

...

Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639435, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639590, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être attestées que pour les patients atteints de lymphoedème. Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639435, 639450, 639461, 639472 peuvent être attestées avec un maximum de 120 fois par année civile à raison d'une fois par jour. Pour des situations pathologiques exceptionnelles avec une périmétrie montrant une différence de plus de 30 % par rapport au membre contralatéral, les prestations 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639590, 639612, 639623, 639634 peuvent être attestées avec un maximum de 120 fois par année civile à raison d'une fois par jour. En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639435, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639590, 639612, 639623 et 639634, le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 120 séances par année civile. En outre, les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639435, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639590, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396.

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

§ 14. Règles d'application concernant les prestations du § 1<sup>er</sup>, 5° et 6°.

...

2°

...

Les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 peuvent être attestées, par bénéficiaire, au maximum 60 fois par année civile. Pour l'application de la présente disposition, une année civile commence le 1<sup>er</sup> janvier et se termine le 31 décembre.

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

...

Si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1<sup>er</sup> tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation :

...

- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, au cours de la période restante de l'année civile en cours.

Si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 2<sup>ème</sup> tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation :

...

- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 ou 639785 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, au cours de la période restante de l'année civile en cours.

...

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

...

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

...

#### h) Lymphoedème

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

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

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

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

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

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

- en cas d'impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en trois temps.

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

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

Pour la détermination du nombre moyen de prestations par journée, ~~la/les~~ prestations d'une durée de respectivement, minimum 60 ~~et 120~~ minutes d'apport personnel du kinésithérapeute ~~vaut/valent~~ deux ~~et quatre~~ prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée. La prestation d'une durée de 45 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute vaut 1,5 prestations pour lesquelles une durée globale moyenne de 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute est exigée