[**R** -A.R. 10-5-1996 – M.B. 20-6] [[1]](#footnote-1)(°)

#### ARRETE ROYAL DU 10 JANVIER 1991 ETABLISSANT LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE REEDUCATION VISEE A L’ARTICLE 23, § 2, ALINEA 2, DE LA LOI RELATIVE A L’ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES, COORDONNEE LE 14 JUILLET 1994, PORTANT FIXATION DES HONORAIRES ET PRIX DE CES PRESTATIONS ET PORTANT FIXATION DU MONTANT DE L’INTERVENTION DE L’ASSURANCE DANS CES HONORAIRES ET PRIX

(Moniteur belge 31-01-1991)

Modifié par: A.R. 10-05-1996 - M.B. 20-06

 A.R. 28-01-1999 - M.B. 26-02

 A.R. 26-04-1999 - M.B. 30-04 - éd. 1

 A.R. 22-11-1999 - M.B. 27-01-2000 - éd. 2

 A.R. 11-12-2001 - M.B. 22-12 - éd. 2

 A.R. 15-04-2002 - M.B. 07-05

 A.R. 10-03-2003 - M.B. 17-03 - éd. 1

 A.R. 25-04-2004 - M.B. 01-06 - éd. 1

 A.R. 22-10-2010 - M.B. 06-12

 A.R. 17-11-2010 - M.B. 25-11 – éd. 1

 A.R. 19-11-2010 - M.B. 15-12- Erratum M.B. 18-02-2011 – éd. 2

 **[**A.R. 17-10-2011 - M.B. 16-11**]**

 [**R -** A.R. 10-5-96 - M.B. 20-6; **M** – A.R. 22-10-10 – M.B 6-12 – art. 1 ; **M** – A.R. 19-11-10 – M.B. 15-12 – art. 1]

 **Article 1er.** La nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle visée à l’article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet  1994, comporte les prestations figurant aux chapitres I, II, IV, V [VI et VII] de l’annexe au présent arrêté ainsi que les appareils figurant au chapitre III de l’annexe susvisée.

 **Art. 2.** Chaque prestation et chaque appareil est désigné par un numéro de code dans l’annexe au présent arrêté.

 [**M -** A.R. 15-4-02 - M.B. 7-5; **M** – A.R. 22-10-10 – M.B 6-12 – art. 2; **M** – A.R. 19-11-10 – M.B. 15-12 – art. 2]

 **Art. 3.** Le libellé de chaque prestation figurant aux chapitres I, II [Vet VI] de l’annexe est suivi par un multiplicateur R et par un coefficient qui indique la valeur relative de chaque prestation. Le montant des honoraires pour chaque prestation est formé du multiplicateur et de son coefficient. Ce montant est le montant maximum qui peut être porté en compte au bénéficiaire par le dispensateur.

 [**R -** A.R. 10-5-96 - M.B. 20-6; **M -** A.R. 15-4-02 - M.B. 7-5; **R** – A.R. 22-10-10 – M.B. 6-12 – art. 3] [[2]](#footnote-2)(°)

 **Art. 4.** [La valeur du multiplicateur R visé au présent arrêté est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. Sauf dans le cas où le Comité de l'assurance adapte la valeur qu'il a fixé antérieurement, la valeur du multiplicateur R est indexée conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.]

 [**I -** A.R. 10-5-96 - M.B. 20-6] [[3]](#footnote-3)(°°)

 **Art. 4bis. § 1er.** Le libellé de chaque prestation figurant au chapitre IV de l’annexe est suivi par le montant des honoraires pour chaque prestation. Ce montant est le montant maximum qui peut être porté en compte au bénéficiaire par le médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, à la demande et sous la surveillance duquel le programme est exécuté. Dans le cas où ce médecin est spécialiste en médecine physique, l’équipe doit comporter en outre un médecin spécialiste en cardiologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

 [**M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2; **R** – A.R. 22-10-10 – M.B. 6-12 – art. 4] [[4]](#footnote-4)(°°°)

 **§ 2.** [A partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté royal, le montant des honoraires pour les prestations mentionnées au § 1er est indexé conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

 Toutefois, lors de la première application de cette disposition, il sera tenu compte de l'évolution entre d'une part, l'indice-pivot auquel les honoraires visés sont liés depuis leur dernière adaptation avant l'entrée en vigueur du présent arrêté royal et d'autre part, la valeur de l'indice-santé telle que visée dans les articles 1er et 2 de l'arrêté royal précité du 8 décembre 1997.]

 **Art. 5.** [**M** – A.R. 19-11-10 – M.B. 15-12 – art. 3]

Le montant de l’intervention de l’assurance pour les prestations figurant aux chapitres I, [II et III] de l’annexe s’élève à 75 p.c. des honoraires visés à l’article 3 du présent arrêté.

 [**M -** A.R. 10-5-96 - M.B. 20-6; **R -** A.R. 28-1-99 - M.B. 26-2][[5]](#footnote-5)(°)

 En ce qui concerne les bénéficiaires de l’intervention majorée de l’assurance visée à l’article 37, §§ 1er et 19 de la loi coordonnée susvisée, le montant de l’intervention de l’assurance s’élève toutefois à 90 p.c. des honoraires précités.

 [**I -** A.R. 10-5-96 - M.B. 20-6; **M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2; **R** – A.R. 17-11-10 – M.B. 25-11 – éd. 1 – art. 1] [[6]](#footnote-6)(°°)

 **Art. 5bis.** [Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant au Chapitre IV de l'annexe s'élève à 90 p.c. des honoraires visés à l'article 4bis, § 1er, du présent arrêté.

 En ce qui concerne les bénéficiaires visés à l'article 5, alinéa 2, du présent arrêté, le montant de l'intervention de l'assurance s'élève toutefois à 95 p.c. des honoraires précités.]

 [**M** - A.R.10-5-96 - M.B. 20-6] [[7]](#footnote-7)(°°°)

 **Art. 6.** Les personnes qui effectuent des prestations doivent tenir un registre de prestations suivant les règles approuvées par le Comité de l’assurance soins de santé.

 **Art. 7.** Le montant de l’intervention de l’assurance pour les appareils visés au chapitre III de l’annexe au présent arrêté s’élève à 100 p.c. du prix:

 - mentionné aux rubriques 1 et 5 du chapitre III de l’annexe au présent arrêté, pour les appareils qui y sont décrits;

 - fixé par le Collège des médecins-directeurs pour les appareils visés aux rubriques 2 et 4 du chapitre III de l’annexe susvisée;

 - fixé par le médecin-conseil pour l’appareil visé à la rubrique 3, chapitre III de l’annexe susvisée.

 [**I** – A.R. 22-10-10 – M.B. 6-12 – art. 5] [[8]](#footnote-8)(°)

 [**Art. 7bis.** Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant aux chapitres V et VI s'élève à 100 p.c. du prix correspondant aux prestations visées.]

[I – A.R. 22-10-10 – M.B. 6-12 – art. 6] [[9]](#footnote-9)(°°)

 [**Art. 7ter.** Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant au Chapitre VI de l'annexe s'élève à :

 a) 83,83 EUR T.V.A. comprise pour la prestation 794113

 b) 28 EUR T.V.A. comprise pour les prestations 794135, 794150, 794216 et 794231

 c) **[*A****brogé par : A.R. 17-10-11 – M.B. 16-11 – art. 7***]**[[10]](#footnote-10)(°°°)

 d) 61,67 EUR TVA comprise pour la prestation 794194]

 **Art. 8.** L’annexe à l’arrêté royal du 25 février 1980 modifiant l’arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d’assurance obligatoire contre la maladie et l’invalidité, modifié par les arrêtés royaux des 24 juillet 1980, 2 août 1985, 3 mars 1986, 8 novembre 1987, 27 avril 1988 et 17 novembre 1989, est abrogée.

 **Art. 9.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 1991.

[**R** - A.R. 10-5-1996 – M.B. 20-6 ; **M** – A.R. 20-7-05 – M.B. 29-7 – éd. 2] [[11]](#footnote-11)(°)

#### ANNEXE A L’ARRETE ROYAL DU 10 JANVIER 1991 ETABLISSANT LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE REEDUCATION VISEE A L’ARTICLE 23, § 2, ALINEA 2, DE LA LOI RELATIVE A L’ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES, COORDONNEE LE 14 JUILLET 1994, PORTANT FIXATION DES HONORAIRES ET PRIX DE CES PRESTATIONS ET PORTANT FIXATION DU MONTANT DE L’INTERVENTION DE L’ASSURANCE DANS CES HONORAIRES ET PRIX

(Moniteur belge 31-01-1991)

(…)

[**I -** A.R. 10-5-96 - M.B. 20-6] [[12]](#footnote-12)(°°)

CHAPITRE IV

PRESTATIONS DE REEDUCATION POUR DES PATIENTS CARDIAQUES

 [**M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] [[13]](#footnote-13)(°°°)

 771201

 Séance de rééducation individuelle pluridisciplinaire avec durée minimale de 30 minutes. Cette séance est remboursable au maximum 30 fois au cours d’un programme de rééducation pour un patient hospitalisé 35,35 EUR.

 771212 - 771223

 Séance de rééducation collective pluridisciplinaire avec une durée minimale de 60 minutes, à la suite d’un programme de rééducation individuel et qui, en ce qui concerne l’aspect de réentraînement physique, s’adresse à un groupe d’au maximum huit personnes.

 Cette séance collective est remboursable au maximum 45 fois au cours d’un programme de rééducation.

 Cependant, en cas de rééducation suite à une transplantation cardiaque et/ou pulmonaire, cette séance collective est remboursable au maximum 90 fois au cours d’un programme de rééducation.

 [**M** - A.R. 11-12-01 - M.B. 22-12 - éd. 2] [[14]](#footnote-14)(°°°°)

 Par séance et par bénéficiaire 25,46 EUR.

 Les honoraires fixés pour les séances de rééducation 771201, 771212-771223 couvrent aussi l’établissement par le médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, d’une évaluation rééducationnelle pluridisciplinaire avec pronostic et avis quant au programme de rééducation. La première évaluation doit être effectuée avant la fin de l’hospitalisation et au plus tard avant son quinzième jour.

 Cette évaluation comporte l’appréciation d’au moins 2 des intervenants suivants: un psychologue, un assistant social, un diététicien, un ergothérapeute ou un ergologue formé en matière d’insertion sociale et professionnelle de handicapés. Elle comporte aussi un examen cardiologique séparément attestable, avec éventuellement une épreuve d’effort (E.C.G. 4 dérivations au moins).

 L’exécution du programme de rééducation, sous la surveillance du médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, implique, en plus de l’établissement de l’évaluation précitée, encore l’intervention d’au moins deux des personnes suivantes : un kinésithérapeute, un psychologue, un assistant social, un diététicien, un ergothérapeute ou un ergologue formé en matière d’insertion sociale et professionnelle de handicapés.

 **A.** Les prestations 771201, 771212-771223, ne sont remboursables qu’après une des pathologies cardiaques suivantes ayant justifié une hospitalisation :

 1° infarctus aigu du myocarde,

 2° chirurgie coronaire,

 3° intervention endovasculaire percutanée thérapeutique sur le cœur et/ou sur les artères coronaires, sous contrôle d’imagerie médicale,

 4° intervention chirurgicale pour malformation congénitale ou acquise du cœur ou pour lésion valvulaire,

 5° transplantation cardiaque et/ou pulmonaire,

 6° ***A****brogé par : A.R. 2-7-05 – M.B. 29-7 – éd. 2* [[15]](#footnote-15)(°)

 7° cardiomyopathie avec dysfonction du ventricule gauche.

 Ces deux dernières indications sont à spécifier par anamnèse détaillée, antécédents, examens techniques, justifiant la prise en charge pluridisciplinaire.

 La prestation 771212-771223 n’est remboursable que si elle est dispensée à des patients au cours de cette hospitalisation et au cours d’une période de 6 mois qui suit immédiatement la fin de celle-ci. Toutefois, après transplantation cardiaque et/ou pulmonaire, cette période qui suit immédiatement la fin de l’hospitalisation est de 10 mois.

 **B.** Les prestations 771201, 771212-771223 ne sont remboursables que si elles sont effectuées dans un service de rééducation cardiaque auquel sont attachés au minimum: un médecin agréé à la fois comme médecin spécialiste en rééducation cardiologique et comme médecin spécialiste, soit en cardiologie, soit en médecine interne, soit en pédiatrie, soit en médecine physique, de même qu’un kinésithérapeute et un psychologue et un assistant social. Dans le cas où le médecin est spécialiste en médecine physique, en outre un médecin spécialiste en cardiologie, en médecine interne ou en pédiatrie doit être attaché au service.

 Ces personnes doivent être effectivement attachées au service à raison d’un mi-temps au minimum.

 En outre, le service doit également pouvoir faire appel, sur la base d’une convention écrite signée par un responsable engageant l’hôpital, par le médecin responsable du service et par le thérapeute concerné, à un diététicien et à un ergothérapeute ou à un ergologue formé en matière d’insertion sociale et professionnelle de handicapés.

 Le service doit disposer en propre d’un local d’entraînement suffisamment spacieux avec suffisamment d’appareils d’entraînement, un appareillage de monitoring continu et un matériel de réanimation, ainsi que d’un local de conversation séparé du local d’entraînement.

 Un service de rééducation cardiaque doit transmettre au Collège des médecins-directeurs tous les renseignements sur base desquels ce Collège apprécie si, et à partir de quelle date, un service répond aux conditions en matière de personnel, de locaux et d’équipement énumérées ci-avant. Le Collège établit la liste des services répondant à ces conditions et il fixe pour chacun d’eux la période au cours de laquelle les prestations de rééducation pour des patients cardiaques alors dispensées peuvent être attestées. Pour un service, cette période ne peut dépasser 21 mois successifs et se termine au 31 décembre d’une année; en vue d’une prolongation de cette période, les renseignements susvisés doivent être transmis par le service au Collège avant le 1er novembre de l’année d’échéance de sa période en cours.

 **C.** Au maximum une prestation 771201, 771212-771223 est remboursable le même jour.

 La prestation 771212-771223 n’est pas cumulable le même jour avec les prestations 102034, 102071 et 102093 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.

 Les prestations 771201 et 771223 ne sont pas cumulables pour le bénéficiaire hospitalisé, soit le même jour, soit en intermittence, avec les prestations mentionnées à l’article 7, § 1er, les prestations 477116-477120, 477455-477466, 477470-477481, 477492-477503, 477514-477525 et 477536-477540 mentionnées à l’article 20, f), et les prestations mentionnées à l’article 22 de l’annexe à l’arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

 La prestation 771212-771223 n’est pas cumulable le même jour pour le bénéficiaire traité en ambulatoire avec les prestations mentionnées à l’article 7, § 1er, et à l’article 22, II, de l’annexe à l’arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

 Les prestations 771201, 771212-771223 ne sont pas non plus cumulables avec les prestations dispensées dans le cadre des conventions visées à l’article 22, 6°, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

 La surveillance de la fonction cardio-respiratoire accompagnant les séances de rééducation, ne peut pas être attestée suivant l’article 20, § 1er, e, de l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, le jour où une des prestations 771201, 771212-771223 est attestée.

 L’intervention pour les prestations 771201, 771212-771223 est subordonnée à l’accord du médecin-conseil, qui prend sa décision sur base d’une demande avec mention de la date du début de la rééducation, de la période prévue, de la fréquence des séances, et sur base d’une copie de l’évaluation rééducationnelle pluridisciplinaire.

 La demande d’intervention établie sur un formulaire dont le modèle est approuvé par le Comité de l’assurance soins de santé, doit être introduite sans délai par le bénéficiaire auprès du médecin-conseil de sa mutualité, de son office régional ou de la caisse de soins de santé de la Société nationale des Chemins de fer belges. L’intervention est refusée pour les prestations effectuées plus de trente jours avant la date de réception de la demande par le médecin-conseil.

 Par dérogation à l’article 150, § 1er, de l’arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et pour autant que le cas individuel réponde aux critères mentionnés ci-dessus, et que les prestations soient dispensées par un service figurant sur la liste susmentionnée et dans les circonstances prévues ci-dessus, le médecin-conseil est censé avoir marqué son accord si, dans les deux semaines qui suivent la réception des documents précités, il n’a pas notifié une décision de refus.

 Toute décision de refus est motivée.

1. (°) d'application à partir 1-8-1996 [↑](#footnote-ref-1)
2. (°) d’application à partir du 1-6-2009 [↑](#footnote-ref-2)
3. (°°) d’application à partir du 1-8-1996 [↑](#footnote-ref-3)
4. (°°°) d'application à partir du 1-6-2009 [↑](#footnote-ref-4)
5. (°) d’application à partir du 1-4-1999 [↑](#footnote-ref-5)
6. (°°) d’application à partir du 1-11-2011 [↑](#footnote-ref-6)
7. (°°°) d’application à partir du 1-8-1996 [↑](#footnote-ref-7)
8. (°) d’application à partir du 1-6-2009 [↑](#footnote-ref-8)
9. (°°) d’application à partir du 1-6-2009 [↑](#footnote-ref-9)
10. (°°°) d’application à partir du 1-12-2011 [↑](#footnote-ref-10)
11. (°) d'application à partir du 1-8-2005 [↑](#footnote-ref-11)
12. (°°) d’application à partir du 1-8-1996 [↑](#footnote-ref-12)
13. (°°°) d’application à partir du 1-1-2002 [↑](#footnote-ref-13)
14. (°°°°) d'application à partir du 1-1-2002 [↑](#footnote-ref-14)
15. (°) d’application à partir du 1-8-2005  pour le bénéficiaire présentant l'une des pathologies cardiaques mentionnées dans le point 6°, abrogé, du chapître IV, A, premier alinéa, (angor résistant) et qui ne sont pas encore traitées à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté, le solde des prestations 771201, 771212-771223 accordées n'est plus remboursable [↑](#footnote-ref-15)