

- [Modifier](#)
- [Insérer](#)
- [Enlever](#)

Article 7 – KINESITHERAPIE

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

...

3° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 12 du présent article.

...

IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.

561540 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 M 12

564701 Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12 M 24

...

§ 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, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans la situation prévue aux §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies.

...

§ 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 fonction de soins intensifs (code 490) ou une fonction de soins néonataux locaux (fonction N*) (code 190) ou un service pour la néonatalogie intensive (service NIC) (code 270) pendant toute la durée du séjour dans ces fonctions ou 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, 211341, 211761, 212225, 213021, 213043 ou 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 - 289026, 289030 - 289041, 289052 - 289063 et 289074 - 289085.

Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous a), une deuxième séance journalière peut être attestée pendant toute la durée du séjour dans les fonctions ou les services concernés. **La prestation 564701 ne peut être attestée que pour les bénéficiaires mentionnés sous a). Elle n'est pas cumulable avec la prestation 561540.** 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.

Dans le cas de la prestation 564701, cette prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer cette deuxième séance pendant une durée globale moyenne de 30 minutes. Le cas échéant, le kinésithérapeute est tenu de présenter une copie de 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.

...