SECTION 3. - Kinésithérapie

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)
"Art. 7. § 1er Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes:"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° ou 8 du présent paragraphe."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé. "

		"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567011	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes		24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	560011	Lorsque la séance 567011 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	24	
	560055	Lorsque les séances 567011 et 560011 ne peuvent être attestées 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	24	"
		"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567033	Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	560092	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	
		"A.R. 10.4.2025" (en vigueur 1.7.2025)			
"	566576	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	16	
	566591	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	12	

	566613	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	9,6	
	566635	Lorsque la séance 566576 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	16	
	566650	Lorsque la séance 566591 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	12	
	566672	Lorsque la séance 566613 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	9,6	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

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

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	567055	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	560114	Lorsque la séance 567055 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	24	
	560151	Lorsque les séances 567055 et 560114 ne peuvent être attestées 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	24	"

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	567070	Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"	560195	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	

"A.R. 10.4.2025" (en vigueur 1.7.2025)

"	566694	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	16	
	566716	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	12	
	566731	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	9,6	
	566753	Lorsque la séance 566694 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	16	
	566775	Lorsque la séance 566716 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	12	
	566790	Lorsque la séance 566731 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	9,6	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé. "

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	567092	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	560210	Lorsque la séance 567092 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	24	

	560254	Lorsque les séances 567092 et 560210 ne peuvent être attestées 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	24	"
		"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567114	Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	560291	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	
		"A.R. 10.4.2025" (en vigueur 1.7.2025)			
"	566812	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	16	
	566834	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	12	
	566856	Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	9,6	
	566871	Lorsque la séance 566812 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 3 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	16	
	566893	Lorsque la séance 566834 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 4 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	12	
	566915	Lorsque la séance 566856 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au § 10 du présent article : Séance collective de kinésithérapie à laquelle participent 5 bénéficiaires, dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute atteint une durée globale moyenne de 60 minutes.	M	9,6	"

		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021) **"II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire. "**			
		"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567136	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	560313	Lorsque la séance 567136 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	24	
	560350	Lorsque les séances 567136 et 560313 ne peuvent être attestées 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	24	"
		"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567151	Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	560394	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	
		III. a) Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant. "			
	560416	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	
	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 globale moyenne de 20 minutes	M	16	
		"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567173	Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021) **"III. b) Prestations effectuées pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.**			
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	564395	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	

	564410		Lorsque la séance 564395 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 20 minutes	M	16	"
			"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	566974		Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) **"IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés. "**			
			"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567206		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	560501		Lorsque la séance 567206 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	24	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	560523		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	12	"
			"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567221		Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) **"V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés. "**			
			"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567232	567243	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	560534	560545	Lorsque la séance 567232 - 567243 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	24"	

			"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567254	567265	Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
			"VI. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant. "			
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	560571		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	
	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 globale moyenne de 20 minutes	M	16	"
			"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	566996		Intake du patient à la 1ère séance d'un traitement	M	6	"
			"A.R. 24.4.2026" (en vigueur 1.7.2026)			
			"VII. Télémonitoring par le kinésithérapeute			
	567910		Suivi du patient au moyen de questionnaires validés et/ou de mesures de paramètres physiologiques et fonctionnels pertinents transmis numériquement au prestataire de soins, par période de 7 jours (du lundi au dimanche) incluant un contact vidéo intermédiaire	M	29	
			VIII. Traitement à distance par un kinésithérapeute			
	568035		Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
	568050		Lorsque la séance 568035 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au §§ 10 et 23 du présent article : traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
	568072		Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)
"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	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014

"	560696	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée conformément aux dispositions du §11	M	12	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"	560711	Rapport écrit	M	34,62	
	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	48	
	639332	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014

"	639494	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"	562332	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M	36	
	562413	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M	48	

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	"

		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014			
"	560814	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée conformément aux dispositions du §11	M	12	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	560836	Rapport écrit	M	34,62	
	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	48	
	639354	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48	
	639516	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96	
	562354	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M	36	
	562435	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M	48	
		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	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014			
"	560932	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée conformément aux dispositions du §11	M	12	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	560954	Rapport écrit	M	34,62	
	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	48	

	639376	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48	
	639531	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96	
	562376	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M	36	
	562450	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M	48	
		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	24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014			
"	561050	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée conformément aux dispositions du §11	M	12	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	561072	Rapport écrit	M	34,62	
	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	48	
	639391	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48	
	639553	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96	
	562391	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 45 minutes	M	36	

562472	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M	48
	III. a) 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	16
561175	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la même journée conformément aux dispositions du §11.	M	12
561190	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	48
639413	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48
639575	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96
	III. b) Prestations effectuées pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.		
564432	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564513	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la même journée conformément aux dispositions du §11	M	12
564454	Rapport écrit	M	14,5
564476	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	48
639796	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48

	639811	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96	"

"A.R. 18.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

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	24	"

"A.R. 18.4.2022" (en vigueur 1.7.2022) + corrigendum "M.B. 1.7.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"	561282	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 11	M	12	"

"A.R. 18.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"	561260	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	12	"

"A.R. 18.4.2022" (en vigueur 1.7.2022) + corrigendum "M.B. 1.7.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"	561304	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée de minimum 60 minutes	M	48	"

"A.R. 18.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)

"	562505	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée totale de minimum 60 minutes et comportant au moins deux périodes distinctes de traitement	M	48	
	639446	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48	
	639601	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"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	24	

	639450	639461	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48	
	639612	639623	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96	
			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	16	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014			
"	561396		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée conformément aux dispositions du §11	M	12	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	561411		Rapport écrit	M	14,5	
	639472		Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 60 minutes	M	48	
	639634		Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 120 minutes	M	96	"
			"A.R. 24.4.2026" (en vigueur 1.7.2026)			
			"VII. Télémonitoring par le kinésithérapeute			
	567932		Suivi du patient au moyen de questionnaires validés et/ou de mesures de paramètres physiologiques et fonctionnels pertinents transmis numériquement au prestataire de soins, par période de 7 jours (du lundi au dimanche) incluant un contact vidéo intermédiaire	M	29	
			VIII. Traitement à distance par un kinésithérapeute			
	568094		Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
	568116		Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)
"3° 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 atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	12

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 atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	12

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 atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	12

II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.

561492	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

III. a) 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 atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	12

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

564535	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 "

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 19.9.2017" (en vigueur 1.10.2017)

"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	"

"A.R. 19.9.2017" (en vigueur 1.10.2017)

"		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	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

" **"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 atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	12	

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 atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M	12	

4° 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	24

III. a) 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	16

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

564550		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16

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	24

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	24 "

"A.R. 24.4.2026" (en vigueur 1.7.2026)
"VI. Télémonitoring par le kinésithérapeute

567954		Suivi du patient au moyen de questionnaires validés et/ou de mesures de paramètres physiologiques et fonctionnels pertinents transmis numériquement au prestataire de soins, par période de 7 jours (du lundi au dimanche) incluant un contact vidéo intermédiaire	M	29

VII. Traitement à distance par un kinésithérapeute

568131		Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24

	568153	Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)
"5° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, A, du présent article. "

"A.R. 21.2.20214" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"I. a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé. "

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	567276	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	563010	Lorsque la séance 567276 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	24	
	563054	Lorsque les séances 567276 et 563010 ne peuvent être attestées 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	24	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)

"	563076	Rapport écrit	M	34,62	
	563091	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	

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

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	567291	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"	563113	Lorsque la séance 567291 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	24	

	563150	Lorsque les séances 567291 et 563113 ne peuvent être attestées 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	24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	563172	Rapport écrit	M	34,62	
	563194	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. "			
		"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567313	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	563216	Lorsque la séance 567313 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	24	
	563253	Lorsque les séances 567313 et 563216 ne peuvent être attestées 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	24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	563275	Rapport écrit	M	34,62	
	563290	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
		"II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire. "			
		"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567335	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	563312	Lorsque la séance 567335 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	24	

	563356	Lorsque les séances 567335 et 563312 ne peuvent être attestées 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	24	"
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	563371	Rapport écrit	M	34,62	
	563393	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	
		III. a) Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées ou pour des bénéficiaires y séjournant.			
	563415	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	
	563452	Lorsque la séance 563415 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 20 minutes	M	16	
	563474	Rapport écrit	M	14,5	
		III. b) Prestations effectuées pour des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.			
	564572	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	
	564594	Lorsque la séance 564572 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 20 minutes	M	16	
	564616	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. "			
		"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014			
"	563496	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	"

			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	563533		Lorsque la séance 563496 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 20 minutes	M	16	
	563555		Rapport écrit	M	14,5	
			V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés. "			
			"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	567350	567361	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)			
"	563570	563581	Lorsque la séance 567350 - 567361 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	24	"
			"A.R. 24.4.2026" (en vigueur 1.7.2026)			
			"VI. Télémonitoring par le kinésithérapeute			
	567976		Suivi du patient au moyen de questionnaires validés et/ou de mesures de paramètres physiologiques et fonctionnels pertinents transmis numériquement au prestataire de soins, par période de 7 jours (du lundi au dimanche) incluant un contact vidéo intermédiaire	M	29	
			VII. Traitement à distance par un kinésithérapeute			
	568175		Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
	568190		Lorsque la séance 568175 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au §§ 14 et 23 du présent article : traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
	568212		Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
			"6° Prestations effectuées aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites au § 14, 5°, B, du présent article.			

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

563614	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
564270	Lorsque les séances 563614 et 639656 ne peuvent être attestées 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	24	
563651	Lorsque les séances 563614, 564270 et 639656 ne peuvent être attestées 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	24	
563673	Rapport écrit	M	34,62	
563695	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	
639656	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36	

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

563710	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
564292	Lorsque les séances 563710 et 639671 ne peuvent être attestées 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	24	"
	"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014			
" 563754	Lorsque les séances 563710, 564292 et 639671 ne peuvent être attestées 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	24	"
	"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
" 563776	Rapport écrit	M	34,62	
563791	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24	

639671	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36
	I. c) Prestations effectuées au cabinet d'un kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital, dans un service médical organisé.		
563813	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
564314	Lorsque les séances 563813 et 639693 ne peuvent être attestées 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	24
563850	Lorsque les séances 563813, 564314 et 639693 ne peuvent être attestées 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	24
563872	Rapport écrit	M	34,62
563894	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24
639693	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36
	II. Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire.		
563916	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
564336	Lorsque les séances 563916 et 639715 ne peuvent être attestées 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	24
563953	Lorsque les séances 563916, 564336 et 639715 ne peuvent être attestées 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	24
563975	Rapport écrit	M	34,62
563990	Examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif	M	24

639715	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36

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

564012	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564351	Lorsque les séances 564012 et 639730 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M	16
564056	Lorsque les séances 564012, 564351 et 639730 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M	16
564071	Rapport écrit	M	14,5
639730	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36

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

564631	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
564653	Lorsque les séances 564631 et 639833 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M	16
564675	Lorsque les séances 564631, 564653 et 639833 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M	16
564491	Rapport écrit	M	14,5

	639833		Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36	
			IV. Prestations effectuées au domicile ou en résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées ou pour des bénéficiaires y séjournant.			
	564093		Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16	
	564373		Lorsque les séances 564093 et 639752 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M	16	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014			
"	564130		Lorsque les séances 564093, 564373 et 639752 ne peuvent être attestées 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 20 minutes	M	16	"
			"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)			
"	564152		Rapport écrit	M	14,5	
	639752		Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36	
			V. Prestations effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés.			
	564174	564185	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24	
	639774	639785	Séance individuelle de kinésithérapie constituée essentiellement de drainage lymphatique manuel dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée minimum de 45 minutes	M	36	
			"A.R. 24.4.2026" (en vigueur 1.7.2026)			
			"VI. Télémonitoring par le kinésithérapeute			
	567991		Suivi du patient au moyen de questionnaires validés et/ou de mesures de paramètres physiologiques et fonctionnels pertinents transmis numériquement au prestataire de soins, par période de 7 jours (du lundi au dimanche) incluant un contact vidéo intermédiaire	M	29	

VII. Traitement à distance par un kinésithérapeute

568234	Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
568256	Lorsque la séance 568234 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au §§ 14 et 23 du présent article : traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
568271	Traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16
568293	Lorsque la séance 568271 ne peut être attestée compte tenu des limitations prévues au §§ 14 et 23 du présent article : traitement individuel par vidéo dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 20 minutes	M	16 "

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)
"7° Prestation dispensée aux « patients palliatifs à domicile » conformément au § 14bis du présent article.

Prestation effectuée au domicile du bénéficiaire.

564211	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes	M	24
564233	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2ème séance de la journée	M	12

8° Prestation effectuées à un bénéficiaire admis en « Hôpital de jour »

564255	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes	M	12 "

9° *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

a) *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564756	*A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564771 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

b) *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564793 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564815 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

c) *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564830 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564852 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

10° *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

a) *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564874 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564896 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

b) *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564911 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564933 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

c) *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564955 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

564970 *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.11.2015)
"§ 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 ou par un praticien de l'art dentaire en cas de dysfonction temporomandibulaire. La prestation "rapport écrit" ne doit pas être mentionnée explicitement sur la prescription."

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)
"§ 3. La prescription médicale.

La prescription médicale doit, au moins, comporter les données suivantes :

a) les nom et prénom du patient;

b) les nom, prénom et numéro INAMI du prescripteur;

c) la date de la prescription;

d) la signature du prescripteur;

e) le nombre maximum de séances;

f) le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter;

g) la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne la précise pas;

h) la date de début du traitement, si celle-ci diffère de la date de la prescription;

i) *Supprimé par A.R. 3.9.2015 (en vigueur 1.11.2015)*

Si la date de début de traitement diffère de la date de la prescription, l'intervention de l'assurance maladie obligatoire n'est accordée que si le traitement a été entamé dans les deux mois à partir de la date de la prescription.

La prescription comporte, en outre, selon la situation pathologique, les éléments suivants :

a) la motivation d'une deuxième séance par jour conformément aux dispositions du § 11, du § 12, 2° ou du § 14*bis*, du présent article;"

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 29.8.2009" (en vigueur 1.11.2009)
"b) Le numéro de nomenclature et la date de l'intervention chirurgicale pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, A., a) ;"

c) *Supprimé par A.R. 5.4.2011 (en vigueur 1.7.2011)*

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)
"d) la demande d'un rapport écrit."

"A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)
"e) la nécessité d'effectuer une séance de kinésithérapie durant l'hospitalisation de jour dans les cas visés au § 1, 8°;"

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.11.2015) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"La conception et la fréquence du traitement ainsi que la nécessité éventuelle de l'effectuer totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire 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 ou la fréquence du traitement ou la nécessité éventuelle de l'effectuer totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire, 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."

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)
"Le nombre de séances effectuées par le kinésithérapeute peut être inférieur à celui mentionné sur la prescription."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"§ 3bis Règles d'application pour certaines prestations spécifiques.**"**

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + Erratum M.B. 15.12.2016 + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"1° Prestation 'rapport écrit'.

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + Erratum M.B. 15.12.2016 + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021) + "A.R. 10.4.2025" (en vigueur 1.7.2025)
"Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411 ne peuvent être attestées conjointement qu'une fois par année civile.

Les prestations 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 et 564152, ne peuvent être attestées conjointement qu'une fois par année civile par situation pathologique.

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

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

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + Erratum M.B. 15.12.2016 + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
Elle ne doit pas être prescrite.

Elle peut être attestée dès la première séance et est cumulable avec une séance individuelle de kinésithérapie.

Le rapport écrit doit être transmis au médecin prescripteur:

- à la fin du traitement de l'une des situations pathologiques visées aux § 14, 5°, A ;

- au moins une fois par année civile dans le cas du traitement d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B et au § 11..

Le rapport écrit doit comprendre:

- La mention de l'affection traitée en référence à la prescription médicale.

- La synthèse de l'examen kinésithérapeutique établi en début de traitement.

- Le résumé succinct du traitement réalisé et de l'évolution du patient.

- Le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé.

Une copie du rapport écrit doit être conservée au dossier."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2010) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"2° Prestation '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.
"

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 26.11.2006" (en vigueur 1.1.2007) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"L'examen du patient par le kinésithérapeute à titre consultatif ne peut être attesté qu'une seule fois par situation pathologique."

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"3° Prestation 'intake du patient. '

Pour les prestations du § 1er, 1°, l'intake dont il est fait mention dans les prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567173, 567221, 566974, 566996, 567265 et 567254 doit comporter tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient. Cela comprend, au minimum, l'anamnèse du patient et l'examen kinésithérapeutique de début de traitement. Dans ce cadre, un bilan de départ et un plan de traitement avec objectifs du traitement doivent être rédigés, en tenant compte des standards et recommandations (inter)nationaux et evidence based practice. Ces éléments (anamnèse, bilan de départ, plan de traitement et objectifs du traitement) doivent être inclus dans le dossier kinésithérapeutique. "

"A.R. 17.6.2022" (en vigueur 1.9.2022)
"§ 3ter

Par « Prestations effectuées au domicile du bénéficiaire », il faut entendre toutes les prestations effectuées au bénéficiaire à son domicile légal ou à tout autre lieu où il réside de manière provisoire ou séjourne momentanément.

Ne sont pas considérés comme domiciles au sens de ce paragraphe l'ensemble des autres lieux de prestation repris au § 1er du présent article.

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 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, de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 5. La rédaction d'un rapport écrit fait partie intégrante des prestations de la nomenclature.

Pour la rédaction d'un rapport écrit qui ne peut pas être porté en compte à l'assurance soins de santé obligatoire, le kinésithérapeute ne peut pas demander d'honoraire.

Nonobstant les dispositions prévues au § *3bi*s, le kinésithérapeute doit adresser un rapport écrit au médecin prescripteur lorsque celui-ci le demande sur base d'une prescription."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"§ 6. Les techniques visées au § 4 justifient une intervention de l'assurance dans les limites qui suivent:

1° sont notamment exclues, qu'elle soit réalisée seule ou avec une autre technique, 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 techniques invasives (par exemple : dry-needling, 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° 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 et/ou de froid, 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. "

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 7. Par "apport personnel du kinésithérapeute", il faut entendre le temps qui est personnellement et exclusivement consacré par le kinésithérapeute au traitement ou à l'évaluation 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."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 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. "

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"Par le terme « traitement » mentionné ci-dessus, on signifie un ensemble de prestations concernant une seule situation pathologique."

"A.R. 17.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)
"Au présent article 7, il faut entendre :

Par « situation pathologique » : une situation médico-fonctionnelle pathologique pour laquelle le bénéficiaire nécessite une prise en charge kinésithérapeutique. Cette situation pathologique peut être consécutive à une pathologie aiguë ou chronique.

Par « nouvelle situation pathologique » : une situation médicofonctionnelle pathologique d'un bénéficiaire dont le traitement ne constitue pas un prolongement du traitement soit :

- d'une ou plusieurs situations pathologiques du § 10, qui ont déjà été traitées par kinésithérapie au cours de la même année civile, ou

- d'une situation pathologique du § 14, 5°, A ou § 14, 5°, B pendant le délai de notification en cours.

Pour parler d'une nouvelle situation pathologique, le diagnostic ou la pathologie ne doit pas être nouveau, il peut donc s'agir d'une rechute/récidive mais pas d'un prolongement d'une situation existante. Toutefois, pendant une période de notification § 14, 5°, A, aucune rechute/récidive ne peut être demandée pour le même diagnostic ou pathologie que celui pour lequel la période de notification est en cours."

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"§ 9 Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants:

a) Les données administratives nécessaires à l'identification du patient et du médecin prescripteur;

b) Les renseignements médicaux indispensables au traitement;

c) La synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique ainsi que le plan de traitement et ses modifications;

d) Les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la nomenclature pour chaque séance attestée;

e) Les données et documents indispensables à l'attestation de soins tels que prévus par la nomenclature."

"A.R. 26.4.2009" (en vigueur 1.8.2009) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)
"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."

"A.R. 20.10.2008" (en vigueur 1.1.2009)
"Ce dossier individuel du patient peut être établi par écrit ou sur un autre support durable. Les données du dossier doivent être accessibles immédiatement aux contrôles prévus par la loi.

Un même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

Aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles le dossier ne correspond pas aux requis de la nomenclature."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014 + "A.R. 3.9.2015" (en vigueur 1.11.2015) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"§ 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 dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 minutes doit comporter au minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 20 minutes doit comporter au minimum 15 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 15 minutes doit comporter au minimum 10 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

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 conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 10. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 1°."

A.R. 10.4.2025" (en vigueur 1.7.2025)
"Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1er, 1°, toute prestation qu'il dispense à un patient ne se trouvant pas dans une des situations visées §§ 11, 12, 13, 14bis ou 14ter, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5° du présent article.

Les prestations 567011, 567055, 567092, 567136 et 567232 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 9 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire.

Les prestations 560011, 560114, 560210, 560313 et 560534 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 9 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire après que les prestations 567011, 567055, 567092, 567136 ou, 567232 aient, au total, déjà été attestées 9 fois.

Les prestations 560416, 564395 et 560571 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 18 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire.

Les prestations 566576, 566591, 566613, 566694, 566716, 566731, 566812, 566834, 566856 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 17 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire. Elles ne peuvent être attestées qu'après qu'au moins une prestation 567011, 567055, 567092, 567136 ou 567232 a été attestée pour ce bénéficiaire par le même kinésithérapeute ou par un autre kinésithérapeute ayant accès au dossier kinésithérapeutique du patient.

Si les prestations 567011, 567055, 567092, 567136, 567232, 560011, 560114, 560210, 560313, 560534, 566576, 566591, 566613, 566694, 566716, 566731, 566812, 566834, 566856, 560416, 564395 et 560571 sont attestées au cours de la même année civile, le total combiné de ces prestations ne peut excéder 18 séances par année civile et par situation pathologique.

Les prestations 566576, 566591, 566613, 566694, 566716, 56673, 566812, 566834, 566856 ne peuvent être attestées que dans le cadre d'une thérapie d'exercices et d'une éducation active, dispensées à un groupe de minimum 3 à maximum 5 patients atteints de coxarthrose ou de gonarthrose, dans lesquelles chaque bénéficiaire reçoit un programme d'exercice individualisé et où les progrès individuels sont conservés dans le dossier du patient.

La prescription médicale ne doit pas mentionner explicitement le recours au traitement via des séances de groupe. Toutefois, les éventuelles contre-indications peuvent être mentionnées.

Les prestations 567206 et 567243 ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées que 9 fois par année civile.

Les prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567173, 567221, 567254, 566974, 566996, 567265 (intake du patient) ne peuvent, par bénéficiaire, être attestées qu'une fois par année civile au début du traitement à la 1ère séance, quelles que soient le nombre de situations pathologiques cette année civile. Ces prestations ne doivent pas être prescrites.

Si le traitement d'une même situation pathologique visée au § 1, 1° couvre 2 ou plusieurs années civiles, une de ces des prestations 567033, 567070, 567114, 567151, 567173, 567221, 567254, 566974, 566996, 567265 (intake du patient) ne peut être attestée une seconde fois ni la seconde année civile ni les années civiles suivantes.

Pour l'application des dispositions dans ce paragraphe, une année civile commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre.

Si, le bénéficiaire est atteint au cours de l'année civile d'une nouvelle situation pathologique, pour laquelle le traitement doit être attesté au moyen des prestations du § 1, 1°, le kinésithérapeute peut, à cet effet, adresser une demande au médecin-conseil. Ce dernier peut donner l'autorisation d'attester 18 prestations supplémentaires par nouvelle situation pathologique pendant la période restante de l'année civile. Cette autorisation supplémentaire peut être donnée maximum deux fois par année civile. L'autorisation par le médecin-conseil de 18 prestations supplémentaires n'interdit pas l'attestation du solde éventuel des18 prestations précédente.

Cette demande doit être accompagnée:

- soit d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et les dates d'apparition;

- soit d'un rapport du kinésithérapeute qui fait le relevé des situations pathologiques successives et mentionne leurs dates d'apparition, rapport établi sur base des prescriptions médicales des traitements de ces situations pathologiques; des copies de ces prescriptions sont jointes au rapport.

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. Si le médecin-conseil demande un complément d'information au médecin traitant, il notifie une copie de cette demande au kinésithérapeute. La notification de la décision de refus est adressée, par lettre recommandée à la poste, au bénéficiaire avec copie au kinésithérapeute soit par courrier postal, soit via eAgreement si la demande a été introduite via eAgreement.

Si, durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1er ou 2ième tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., le bénéficiaire est atteint d'une première situation pathologique de l'année civile visée dans le présent paragraphe, les règles décrites dans le présent paragraphe sont d'application. Aucune demande ou notification ne doit être adressée dans ce cas au médecin-conseil pour la première situation pathologique visée dans le présent paragraphe, pendant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1er ou 2ième tiret.

Si une seconde et/ou troisième nouvelle situation pathologique de l'année civile visée dans le présent paragraphe survient pendant la période de validité de ladite situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., une demande telle que décrite dans le présent paragraphe doit être envoyée par le kinésithérapeute au médecin-conseil.

Les prestations 566635, 566650, 566672, 566753, 566775, 566790, 566871, 566893, 566915 peuvent, conjointement, être attestées au maximum 18 fois par année civile par situation pathologique et par bénéficiaire.

Quelles que soient les précédentes dispositions du présent paragraphe, les prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615, 566635, 566650, 566672, 566753, 566775, 566790, 566871, 566893, 566915 peuvent, par bénéficiaire, être attestées au maximum 54 fois par année, indépendamment du nombre de situations pathologiques. Pour l'application de la présente disposition, une année commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre. "

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 11. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 2°."

"A.R. 29.5.2024" (en vigueur 1.8.2024) + "A.R. 17.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)
"Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations visées au § 1er, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur la 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 l'une des situations prévues aux §§ 12, 13, 14bis ou 14ter. "

"A.R. 29.5.2024" (en vigueur 1.8.2024)
"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 ne se justifie pas. Il notifie sans tarder sa décision motivée au bénéficiaire avec copie adressée au kinésithérapeute, cette décision prenant cours au plus tard le lendemain de sa notification."

Le rapport diagnostique et/ou d'évolution ainsi que le bilan fonctionnel avec mention du GMFCS (Gross Motor Function Classification System) ou un bilan basé sur le modèle CIF (International Classification of Functioning) doivent être envoyés au médecin-conseil et mentionnés dans le dossier du bénéficiaire, tel que décrit au § 8 du présent article. "

"A.R. 29.5.2024" (en vigueur 1.8.2024) + "A.R. 17.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)
Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par jour et ne peuvent pas être cumulées le même jour avec d'autres prestations de l'article 7, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations ″rapport écrit″ (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible. Ces prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients souffrant d'une lésion d'origine encéphalique :

"A.R. 29.5.2024" (en vigueur 1.8.2024)
"Survenue avant le 21e anniversaire :

Groupe cible 1a. Une infirmité motrice cérébrale (IMC) confirmée par le rapport médical établi par un médecin spécialiste traitant. La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide du score GMFCS.

Groupe cible 1b. Une lésion cérébrale acquise (LCA) confirmée par le rapport médical établi par un médecin spécialiste traitant. La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide d'un bilan fonctionnel sur base du modèle ICF.

Survenue après le 21e anniversaire :

Groupe cible 2. Patients souffrant d'un trouble moteur résultant d'une lésion cérébrale acquise (LCA).

La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide d'un bilan fonctionnel sur base du modèle ICF.

Règles concernant le nombre de prestations remboursables :

• Pour les patients se trouvant dans l'une des situations décrites sous Groupe cible 1a. et Groupe cible 1b. : "

"A.R. 29.5.2024" (en vigueur 1.8.2024) + "A.R. 17.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)
Jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21ème anniversaire, il n'y a aucune restriction sur le nombre de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 par année civile.

"A.R. 29.5.2024" (en vigueur 1.8.2024)
"• Pour les patients du groupe cible 1a, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées à partir du 1er janvier de l'année civile qui suit l'année civile au cours de laquelle ces patients atteignent leur 21e anniversaire :

- un maximum de 200 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 4 ou 5 ;

- un maximum de 150 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 2 ou 3 ;

- un maximum de 100 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 1.

Vers le 21e anniversaire du patient, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec la mention du score GMFCS d'application du moment.

Après le 21e anniversaire du patient du groupe cible 1a, lorsque le score GMFCS du patient change avec modification du nombre maximum de prestations attestables par année civile, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec le score GMFCS modifié et il conserve le score GMFCS modifié dans le dossier du patient.

Le nombre de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 qui ont déjà été attestées durant l'année civile concernée est défalqué du nombre maximum de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 qui peuvent être attestées par année civile selon le nouveau score GMFCS.

• Pour les patients ayant atteint leur 21e anniversaire et se trouvant dans l'une des situations décrites sous Groupe cible 1b. et Groupe cible 2. :

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées au maximum 100 fois par année civile. Le kinésithérapeute envoie à cet effet une notification au médecin-conseil et conserve le rapport et le bilan fonctionnel à l'appui de sa notification dans le dossier du patient.

• Pour les groupes cibles 1a. et 1b. à partir du 1er janvier de l'année civile qui suit l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21e anniversaire, et pour le groupe cible 2 par année civile : 50 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur la base d'un rapport rédigé par un médecin spécialiste traitant mentionnant la nécessité de ces 50 prestations complémentaires. Pour ces 50 prestations complémentaires, le kinésithérapeute envoie une notification au médecin-conseil et conserve ce rapport dans le dossier du patient.

Les notifications visées dans les alinéas précédents sont adressées par le kinésithérapeute au médecin-conseil. L'intervention de l'assurance pour les prestations est due uniquement si le médecin-conseil est en possession d'une notification valide.

Cette notification doit comprendre au moins :

• les données d'identification du patient (nom, prénom, date de naissance et numéro d'inscription auprès de l'organisme assureur) ;

• les données d'identification du kinésithérapeute (nom, prénom, numéro d'agrément) et la date du début du traitement ;

• pour le groupe cible 1a : le score GMFCS du patient à l'âge de 21 ans et/ou la nécessité des 50 séances complémentaires ;

• pour le groupe cible 1b à partir du 21e anniversaire et pour le groupe cible 2 : la nécessité de séances de 60 minutes et/ou des 50 prestations complémentaires.

Le modèle de cette notification est établi par le Comité de l'assurance soins de santé conformément à l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014 + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 639612, 639623 et 639634 ne peuvent être attestées que pour les patients atteints de lymphoedème. Les prestations 639332, 639354, 639376, 639391, 639413, 639796, 639446, 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, 639811, 639601, 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, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 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, 639796, 639446, 639450, 639461, 639472, 639494, 639516, 639531, 639553, 639575, 639811, 639601, 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."

"A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.9.2010) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"Les prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 peuvent être attestées pour les affections visées à l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, a), c) ou d) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 avec un maximum de 50 fois pendant une période d'un an à partir de la date de la première prestation 562332, 562354, 562376 ou 562391 effectuée et, ce, après le séjour du bénéficiaire en hôpital ou en centre de revalidation (phase subaiguë), sans discontinuité des soins sauf pour raison médicale. Ces prestations doivent être prescrites par un médecin porteur de la qualification de médecin spécialiste en médecine physique et revalidation et/ou porteur de la qualification de spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle pour handicapés. La prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer des prestations d'une durée de minimum 45 minutes. Une copie de cette prescription doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire décrit au § 9 de cet article.

L'ouverture au droit d'attester ces prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 n'est accessible qu'une seule fois par bénéficiaire sauf en cas de récidive de l'affection initiale ou en cas de nouvelle affection visée à l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, a), c) ou d) de l'arrêté royal du 23 mars 1982. Pour une éventuelle nouvelle ouverture de ce droit, les mêmes critères d'accès que décrits à l'alinéa précédent sont requis.

Les prestations 562332, 562354, 562376 et 562391 ne peuvent pas être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396. "

"A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.9.2010) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 18.4.2022" (en vigueur 1.7.2022)
"Les prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 peuvent être attestées pour les affections visées à l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, j) de l'arrêté royal du 23 mars 1982 avec un maximum de 30 fois par année civile en cas de surinfection broncho-pulmonaire. Un maximum de 10 prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 peuvent être attestées par prescription. La prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer des prestations d'une durée de minimum 60 minutes. Une copie de cette prescription doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire.

Les prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 doivent comporter par journée de traitement au minimum deux périodes distinctes de kinésithérapie. La durée totale de l'apport personnel du kinésithérapeute pendant la journée atteint une durée de minimum 60 minutes. Ces périodes doivent être réparties durant la journée en fonction des besoins thérapeutiques du bénéficiaire.

Les prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)
"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 – organismes assureurs. Cette disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 12. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 3°."

"A.R. 19.9.2013" (en vigueur 1.12.2012)
"1° Une deuxième séance pour la même journée peut être attestée au moyen des prestations du § 1er, 3° :

a) pour les bénéficiaires séjournant dans une fonction de soins intensifs (code 490) ou une fonction de soins néonatals locaux (fonction N*) (code 190) ou un service pour la néonatologie 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, § 1er, 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."

"A.R. 19.9.2013" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 19.9.2017" (en vigueur 1.10.2017)
"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."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 19.9.2017" (en vigueur 1.10.2017) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"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."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"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."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 13. Règles d'application concernant les prestations de kinésithérapie périnatale du § 1er, 4°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1er, 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)."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 14. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 5° et 6°.

1° Sauf si le bénéficiaire est hospitalisé, le kinésithérapeute est tenu:"

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005)
"- d'attester au moyen des prestations visées au §1er, 5°, toutes les prestations qu'il effectue en vue de traiter une des situations pathologiques décrites au 5°, A, du présent paragraphe;

- d'attester au moyen des prestations visées au §1er, 6°, toutes les prestations qu'il effectue en vue de traiter une des situations pathologiques décrites au 5°, B, du présent paragraphe."

"A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.9.2010)
"Si, durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1er ou 2e tiret d'une notification pour une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. ou B., le bénéficiaire est atteint d'une situation pathologique visée dans le § 10, les règles du § 10, notamment son 6ième alinéa, sont d'application."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"**2°** Les prestations:

"A.R. 10.4.2025" (en vigueur 1.7.2025)
"-567276, 567291, 567313, 567335, 567350 et 567361 peuvent conjointement être attestées au maximum 20 fois par situation pathologique sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation. Après cette période d'un an, cette situation pathologique ne sera plus considérée comme une situation pathologique visée au § 14, 5°, A.

- 563010, 563113, 563216, 563312 et 563570 peuvent conjointement être attestées au maximum 40 fois par situation pathologique sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation de la situation pathologique et après que les prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350 ou 567361 aient, au total, déjà été attestées 20 fois. Après cette période d'un an, cette situation pathologique ne sera plus considérée comme une situation pathologique visée au § 14, 5°, A.

- 563415, 564572, 563496 peuvent conjointement être attestées au maximum 60 fois par situation pathologique sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation. Après cette période d'un an, cette situation pathologique ne sera plus considérée comme une situation pathologique visée au § 14, 5°, A.

Si les prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350, 567361, 563010, 563113, 563216, 563312, 563570, 563415, 564572 et 563496 sont attestées pour la même pathologie au cours d'une période d'un an à compter de la date de la première prestation, le total combiné de ces prestations au cours de cette année ne doit pas dépasser 60 séances par pathologie.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, les prestations:

- 563010, 563113, 563216, 563312, 563570 peuvent conjointement être attestées au maximum 100 fois par situation pathologique pour les situations visées au § 14, 5°, A, j), sur la période de un an à partir de la date de la première prestation de la situation pathologique.

- 563415, 564572 et 563496 peuvent conjointement être attestées au maximum 120 fois par situation pathologique de la 1ère jusqu'à la 120ème prestation comprise, pour les situations visées au § 14, 5°, A, j), sur la période de un an à partir de la date de la première prestation.

Si les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563570, 563415, 564572 et 563496 sont attestées dans la période d'un an à compter de la date de la première prestation pour la même situation pathologique visée au § 14, 5°, A, j), le total cumulé de ces prestations, dans l'année ne peut dépasser 120 séances par situation pathologique.

"Les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 peuvent conjointement être attestées, par bénéficiaire, au maximum 60 fois par année civile. Les prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 et 564373 peuvent conjointement par bénéficiaire être attestées au maximum 20 fois par année civile et ce uniquement après que les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833 ou 639752 aient conjointement été attestées 60 fois. Les prestations 563651, 563754, 563850, 563953, 564056, 564675 et 563130 ne peuvent être attestées qu'après que, dans l'année calendrier, les prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833 ou 639752 aient conjointement été attestées 60 fois et que les prestations. 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 ou 564373 aient conjointement été attestées 20 fois. Pour l'application de la présente disposition, une année civile commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre. "

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) + Erratum M.B. 29.9.2017 annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)
" Les prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 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, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 et 639785 le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 60 séances par année civile."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"Une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, peut persister après l'expiration de la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 2e tiret d'une notification. Dans cette occurrence, le kinésithérapeute peut introduire pour cette même situation pathologique, un renouvellement de notification auprès du médecin-conseil. Ce renouvellement de notification doit répondre à toutes les conditions mentionnées au § 14, 4°. Si la période de traitement pour une autre situation pathologique visée au § 14, 5°, B est déjà en cours, un renouvellement de notification est interdit.

Sans préjudice des dispositions du § 14, 1°, si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique non visée au § 10 durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 1er 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 : "

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"- soit d'attester au maximum 20 prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350, 567361 supplémentaires et 40 prestations 563010, 563113, 563216, 563312 ou 563570 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A de ce paragraphe, pendant une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée. Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j) de ce paragraphe, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 20 prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350, 567361 supplémentaires et 100 prestations 563010, 563113, 563216, 563312 ou 563570 supplémentaires, pendant une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée. "

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"- soit d'attester au maximum 60 prestations 563415, 564572, 563496 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A de ce paragraphe, pendant une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée. Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j) de ce paragraphe, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 120 prestations 563415, 564572, 563496 supplémentaires, pendant une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014

"- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 ou 639785 supplémentaires et maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 et 564373 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, B, de ce paragraphe, pendant la période restante de l'année civile en cours; pendant les deux années civiles suivantes, 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 ou 639785 et maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 et 564373 supplémentaires peuvent également être attestées par année civile dans le cadre de la nouvelle situation pathologique susmentionnée."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"Sans préjudice des dispositions du § 14, 1°, si le bénéficiaire est atteint d'une nouvelle situation pathologique non visée au § 10 durant la période de validité prévue au § 14, 4°, alinéa 2, 2ème 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 : "

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"- soit d'attester au maximum 20 prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350, 567361 supplémentaires et 40 prestations 563010, 563113, 563216, 563312 ou 563570 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A de ce paragraphe, pendant une période d'un an à partir de la date de la première prestation, comme il est prévu au § 14, 2°, premier alinéa. Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j), le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 20 prestations 567276, 567291, 567313, 567335, 567350, 567361 supplémentaires et 100 prestations 563010, 563113, 563216, 563312 ou 563570 supplémentaires, pendant une période d'un an à partir de la date de la première prestation, comme il est prévu au § 14, 2°, premier alinéa. "

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"- soit d'attester au maximum 60 prestations 563415, 564572, 563496 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A de ce paragraphe, pendant une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée. Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j) de ce paragraphe, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 120 prestations 563415, 564572, 563496 supplémentaires, pendant une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée. "

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + Erratum M.B. 14.5.2014

"- soit d'attester au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 ou 639785 supplémentaires et au maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 et 564373 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, *B*, de ce paragraphe, pendant la période restante de l'année civile en cours; pendant les deux années civiles suivantes, au maximum 60 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564631, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639833, 639752, 639774 ou 639785 et au maximum 20 prestations 564270, 564292, 564314, 564336, 564351, 564653 et 564373 supplémentaires peuvent être attestées par année civile."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)

"Cette demande doit être accompagnée de la notification prévue en § 14, 4°, et :

- soit d'un rapport du médecin traitant dans lequel sont décrites les situations pathologiques successives et les dates d'apparition;

- soit d'un rapport du kinésithérapeute qui fait le relevé des situations pathologiques successives et mentionne leurs dates d'apparition, rapport établi sur base des prescriptions médicales des traitements de ces situations pathologiques; des copies de ces prescriptions sont jointes au rapport."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 22.6.2023" (en vigueur 1.9.2023)

"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 soit par courrier postal, soit via eAgreement si la demande a été introduite via eAgreement."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)

"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 § 1er, 1°, parce qu'il n'est pas encore clair à ce moment si la situation pathologique correspond à une situation décrite sous le 5° du présent paragraphe, il faut tenir compte de ces prestations dans le cadre du nombre maximum de prestations visé ci-dessus. "

"A.R. 9.5.2021" (en vigueur 1.6.2021)
"Le cas échéant, si dans cette situation des prestations 567011, 567055, 567092, 567136, 567206, 567232, 567243 ont été attestées, la somme du nombre de prestations 567011, 567055, 567092, 567136, 567206, 567232, 567243 et 567276, 567291, 567313, 567335, 567350, 567361 ne peut être supérieure à 20 pour la même situation pathologique. "

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)
"**3°** Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"4° Une notification du traitement d'une situation pathologique visée au 5° du présent paragraphe sera adressée par le kinésithérapeute par courrier personnel au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire. L'intervention de l'assurance pour les prestations dans le cadre de ce traitement est due uniquement si le médecin-conseil de l'organisme assureur est en possession d'une notification valide."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"Cette notification porte:
- dans le cas d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, A, sur une période d'un an à partir de la date de la 1ère prestation;"

"A.R. 24.5.2006" (en vigueur 1.1.2006)
"- dans le cas d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B, jusqu'à la fin de la 2e année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1ère prestation du traitement a eu lieu. La même période de validité s'applique également dans le cadre d'un renouvellement tel que décrit au § 14, 2°, 4e alinéa de notification."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"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 § 14, 5° ;

- la confirmation du kinésithérapeute selon laquelle il dispose d'une prescription correcte pour le traitement de l'une des situations visées au § 14, 5°, et qu'il a pris connaissance des standards de soins fixés par le Comité de l'assurance."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 24.5.2006" (en vigueur 1.1.2006)
"Une copie de la prescription ainsi que les éléments indiquant que le patient se trouve dans une situation décrite au § 14, 5°, doivent être conservés dans le dossier. Ces éléments doivent correspondre à des constatations médicales effectuées au plus tôt six mois avant le début de la période sur laquelle porte cette notification.

Le modèle de cette notification est établi par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, après avis de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs. "

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"**5°** Les situations suivantes entrent en ligne de compte pour les dispositions décrites dans le présent paragraphe: "

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005)
"A. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1er, 5°, sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation c.-à-d. pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4°"

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"a) Affections posttraumatiques ou postopératoires suivantes :

1) situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie), I (prestations chirurgicales) et III (arthroscopies diagnostiques et thérapeutiques), sont attestées et pour lesquelles la prestation ou la somme de ces prestations correspond à une valeur de N200 ou plus ;

2) situations dans lesquelles une prestation de l'article 14, b) (neurochirurgie) est attestée et pour laquelle la prestation correspond à une valeur de K225 ou plus. "

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005)
"3) en cas de lésions de la main, situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie) I (prestations chirurgicales) d'une valeur totale de Nx et une prestation de l'article 14, b) (neurochirurgie) d'une valeur de Ky sont effectuées conjointement lorsque le résultat du calcul suivant [Nx/N200 + Ky/K225] est supérieur ou égal à 1 ; "

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005) + "A.R. 29.8.2009" (en vigueur 1.12.2008) + Erratum M.B. 7.10.2009
"4) situations dans lesquelles une des prestations 227695-227706, 227710-227721, 227813-227824, 227835-227846, 226936-226940, 227592-227603, 227614-227625, 227651-227662, 227673-227684, 227776-227780 ou 227791-227802 de l'article 14, e) de la nomenclature est attestée . "

"A.R. 22.6.2023" (en vigueur 1.9.2023)
"5) situations dans lesquelles une prestation de l'article 14, n) (chirurgie orthopédique et neurochirurgie) est attestée et pour laquelle la prestation correspond à une valeur de K225 ou plus."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"Le traitement doit être une conséquence directe de ces interventions. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'intervention, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales."

"A.R. 19.9.2013" (en vigueur 1.12.2012)
"**b)** Situations dans lesquelles une des prestations 211046, 212225 ou 214045 (article 13, § 1er, *A*. de la nomenclature (réanimation)) a été attestée pour des bénéficiaires qui ont été hospitalisés;

Le traitement doit être une conséquence directe de cette hospitalisation. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'intervention ou l'hospitalisation, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales.

c) Situations dans lesquelles les bénéficiaires ont été admis:

— soit dans une fonction de soins intensifs (code 490);

— soit dans uns fonction de soins néonatals locaux (fonction N*) (code 190);

— soit dans un service pour la néonatalologie intensive (NIC) (code 270).

Le traitement doit être une conséquence directe de l'hospitalisation. Il doit y avoir un lien causal entre le traitement et l'hospitalisation, et le traitement global du patient ne peut pas être interrompu, sauf pour des raisons médicales."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"**d)** Insuffisance respiratoire pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- ou bronchomalacie ou d'infections récidivantes des voies respiratoires inférieures.

Cette affection doit être au moins initialement démontrée par imagerie médicale.

e) Déficit moteur et invalidité à la suite:

1) d'une mononeuropathie (par exemple pied tombant ou main tombante);

2) d'une polyneuropathie motrice ou mixte.

Pour les situations 1 et 2 ci-dessus, le déficit moteur est quantifié par un test manuel de force musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on attribue un score de 3 ou moins. Une consultation chez un spécialiste et les examens diagnostiques nécessaires, dont des tests neurophysio-logiques, 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.

3) Myopathie induite par médication ou par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques.

Myopathie induite par usage de corticostéroïdes (excepté les onguents et les stéroïdes en inhalation), cytostatiques, aminoglucosides ou statines, ou induite par un contact aigu ou chronique avec des substances toxiques.

Le diagnostic d'une myopathie induite par médication doit être posé par un médecin-spécialiste qui atteste le contact et l'association temporaire avec la médication.

Le déficit moteur doit toujours être objectivé par un test de force musculaire standard. Le résultat de ce test doit se situer sous les 70 % de la valeur normale. C'est le médecin spécialiste qui exécute le test selon une méthode validée avec un instrument de mesure fiable et qui détermine si le résultat se situe sous les 70 % de la valeur normale. Le résultat du test de force musculaire doit toujours être mentionné.

Le diagnostic d'une myopathie induite par contact aigu ou chronique avec des substances toxiques doit, en plus de ce qui est prévu à l'alinéa précédent, être étayé par un examen électromyographique.

Les bilans de début et de fin de traitement doivent être conservés dans le dossier individuel.

f) Situations dans le domaine de l'orthopédie – traumatologie:

1) fracture vertébrale qui a nécessité une immobilisation par plâtre, corset ou orthèse d'au moins trois semaines;

2) fracture du bassin qui nécessite une immobilisation ou une décharge totale ou partielle d'au moins trois semaines;

3) fracture de la rotule, du plateau tibial, de la tête humérale, du coude ou fracture intra-articulaire à la hauteur des membres, qui ont nécessité une immobilisation d'au moins trois semaines;

4) luxation du coude, de la hanche, de la prothèse de hanche ou de l'articulation de l'épaule ou de la prothèse de l'épaule;

5) entorse grave du genou avec rupture totale ou partielle d'un ou de plusieurs ligaments. "

"A.R. 1.10.2023" (en vigueur 1.12.2023)
"6) rupture aigüe complète ou quasi-complète non-opérée du tendon d'Achille. "

"A.R. 19.9.2013" (en vigueur 1.12.2012)
"g) Capsulite rétractile (frozen shoulder) caractérisée par un schéma capsulaire (limitation glénohumérale du mouvement).

Le schéma capsulaire suit l'ordre suivant : rotation externe – abduction – rotation interne.

Le résultat de l'examen est considéré positif si:

- le mouvement est limité dans trois directions (avec au moins une plus grande résistance à la fin du mouvement) et l'ordre mentionné est reconnaissable;

- l'abduction glénohumérale est limitée à 70° au moins.

Le côté sain est utilisé comme norme de comparaison.

Les bilans de début et de fin de traitement doivent être conservés dans le dossier individuel.

h) Situations nécessitant une rééducation uro-, gynéco-, colo- ou proctologique:

1) Neuropathie avérée, tant chez les femmes que chez les hommes.

2) Rééducation postopératoire du dysfonctionnement sphinctérien après:

(01) Prostatectomie radicale ou adénomectomie.

(02) Cystectomie totale avec entéro-cystoplastie chez des patients présentant une incontinence urinaire et/ou un déficit de sensibilité deréplétion vésicale.

(03) Amputation d'une partie du système digestif avec maintien du sphincter anal.

(04) Prolapsus vésical, rectal ou utérin après intervention chirurgicale.

3) Pathologies fonctionnelles de l'enfant jusqu'au 16e anniversaire dues à des dysfonctionnements ou des malformations:

(01) Infections urinaires pouvant constituer une menace pour le haut appareil urinaire à court et moyen termes:

- Dyssynergie vésico-sphinctérienne.

- Infections urinaires à répétition."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 25.4.2004" (en vigueur 1.6.2004) + "A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005)
"- Syndrome des valves urétrales post-opératoire."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"- Immaturité vésicale."

"*A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005)*
" (02) Encoprésie chez l'enfant."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) "A.R. 3.3.2021" (en vigueur 1.1.2021)
"Ces prestations sont prescrites par le médecin spécialiste traitant. "

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005) + "A.R. 29.8.2009" (en vigueur 1.11.2009) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"i) Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) de type I (algoneurodystrophie ou maladie de Südeck) ou de type II (causalgie) :

Le diagnostic du SDRC doit répondre aux critères de l'IASP (International Association for the Study of Pain) et doit être confirmé par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, en chirurgie, en rhumatologie, en anesthésie-réanimation ou en médecine physique et réadaptation. Ce diagnostic signé par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'IASP."

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005)
"j) Polytraumatismes, avec des répercussions fonctionnelles invalidantes au niveau de deux membres différents ou au niveau d'un membre et du tronc, dont au moins deux traumatismes répondent aux critères des situations pathologiques définies au § 14, 5°, A, a), 1) ou 2) (affections posttraumatiques ou postopératoires) et/ou au § 14, 5°, A., f) (situations dans le domaine de l'orthopédie - traumatologie)."

"A.R. 29.8.2009" (en vigueur 1.11.2009)
"k) Situations dans le domaine de la stomatologie énumérées ci-dessous :
- après une intervention chirurgicale temporomandibulaire intra-articulaire;
- pendant et/ou après une radiothérapie concernant la région maxillo-faciale;
- après une fracture mandibulaire intra-articulaire ou sub-condylaire."

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005)
"B. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au §1er, 6°, pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4° :"

"A.R. 26.11.2006" (en vigueur 1.1.2007) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"a) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche pour les bénéficiaires à partir de leur 65e anniversaire ayant déjà été victime d'une chute et présentant un risque de récidive, à objectiver par le médecin traitant et le kinésithérapeute au moyen :

1) du test "Timed up & go", avec un score supérieur à 20 secondes;

et

2) du résultat positif à au moins un des deux tests suivants, ceux-ci devant tous deux être effectués :

(01) le test "Tinetti", avec un score inférieur à 20/28;

(02) le test "Timed chair stands", avec un score supérieur à 14 secondes.

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 autres 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 et la description détaillée du programme d'entraînement."

"A.R. 23.11.2005" (en vigueur 1.2.2006) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"b) Troubles du développement psychomoteur

Chez les enfants de moins de 16 ans, après avis et proposition de traitement d'un des médecins spécialistes mentionnés ci-dessous, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé.

Médecin spécialiste en :

- (neuro)pédiatrie
- (neuro)pédiatrie et F et P (*)
- neuropsychiatrie et F et P (*)
- neurologie
- neurologie et F et P (*)
- psychiatrie
- psychiatrie et F et P (*)

(*) F et P = spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés.

Chez les enfants de moins de 19 mois, l'avis, la proposition de traitement et le score significativement plus faible mentionnés ci-dessus peuvent être remplacés par la constatation de troubles manifestes cliniques du développement sur base d'une évaluation effectuée par une équipe multidisciplinaire spécialisée, qui compte au moins un (neuro)pédiatre."

"A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.9.2010)
"c) Insuffisance respiratoire chez les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou relative à l'assistance ventilatoire mécanique au long cours à domicile. La convention en cas de syndrome des apnées obstructives du sommeil n'est pas visée dans le présent alinéa."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"d) Polyneuropathie chronique motrice ou mixte.

Le déficit moteur est quantifié par un test manuel de force musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on attribue 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."

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005) + "A.R. 26.11.2006" (en vigueur 1.1.2007) + "A.R. 26.4.2009" (en vigueur 1.8.2009) + "A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.9.2010) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 9.2.2023" (en vigueur 1.5.2023) + "A.R. 17.5.2025" (en vigueur 1.7.2025)
"e) Syndrome de fatigue chronique/ Encéphalomyélite myalgique :

La prescription initiale mentionnant le diagnostic doit être établie par un médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation, en neurologie ou en médecine interne après examen clinique et conformément aux critères les plus récents applicables au niveau international.

Avant la fin de la première année qui suit l'année au cours de laquelle la 1ère prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné 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. "

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005) + "A.R. 26.11.2006" (en vigueur 1.1.2007) + "A.R. 26.4.2009" (en vigueur 1.8.2009) + "A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.9.2010) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019) + "A.R. 9.2.2023" (en vigueur 1.5.2023)
"f) Syndrome fibromyalgique

La prescription initiale mentionnant le diagnostic doit être établie par un médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine physique et réadaptation, en neurologie ou en médecine interne après examen clinique et conformément aux critères les plus récents applicables au niveau international.

Avant la fin de la première année qui suit l'année au cours de laquelle la 1ère prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné 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. "

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005) + "A.R. 26.11.2006" (en vigueur 1.1.2007) + "A.R. 26.4.2009" (en vigueur 1.8.2009) + "A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.9.2010) + "A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)

"g) Dystonie cervicale primaire démontrée par un rapport diagnostique établi par un médecin-spécialiste en neurologie.

h) Lymphoedème

1) En cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphœdème post-radiothérapeutique ou postchirurgical 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."

"A.R. 1.7.2006" (en vigueur 1.9.2006) + "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.9.2006)
"§ 14bis. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 7°.

Dans le présent article, on entend par « patient palliatif à domicile », le bénéficiaire auquel a été accordé l'intervention forfaitaire dont il est question à l'article 2 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994."

"A.R. 1.7.2006" (en vigueur 1.9.2006) + "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.9.2006) + "A.R. 22.3.2012" (en vigueur 1.6.2012)
"Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1er, 7°, chaque prestation qu'il dispense, au domicile du patient, à des « patients palliatifs à domicile ». Cette obligation s'applique même si le patient se trouve dans une situation prévue aux §§ 10, 11, 12 ou 14."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.9.2006) + "A.R. 22.7.2010" (en vigueur 1.8.2009)
"La prestation 564233 ne peut être attestée que pour un « patient palliatif à domicile » qui bénéficie également 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. Cette deuxième séance ne peut être portée en compte que si elle a été effectuée au minimum 3 heures après la précédente."

"A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.9.2006) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"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."

"A.R. 29.4.2009" (en vigueur 1.7.2009)
"§ 14ter. Règles d'application concernant les prestations du § 1er, 8°.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen de la prestation du § 1er, 8° la prestation dispensée aux patients admis en « hôpital de jour » lorsqu'ils disposent d'une prescription faisant référence à la nécessité d'effectuer une séance de kinésithérapie avant que le bénéficiaire ne quitte l'hôpital.

Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen de la prestation du § 1er, 8°, la prestation qu'il dispense aux patients admis en « hôpital de jour » même si le patient se trouve dans une situation prévue aux §§ 10, 11, 12, 13, 14 ou 14 *bis*."

§ 14quater : *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

§ 14quinquies : *A.R. 17.10.2016" (en vigueur 1.1.2017) annulé par l'Arrêt n°245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'Etat (M.B.16.7.2019)*

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 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."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 16. Le montant des honoraires des séances visées au § 1er du présent article couvre également les frais d'utilisation éventuelle des appareillages et produits qui font normalement partie des prestations effectuées."

"A.R. 17.2.2005" (en vigueur 1.4.2005) + "A.R. 7.6.2007" (en vigueur 1.9.2006)
"§ 17. Sauf dans les cas prévus aux §§ 3bis, 11,12 et 14bis, il ne peut être porté en compte, par journée et par bénéficiaire, qu'une seule des prestations figurant au § 1er."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 3.2.2019" (en vigueur 1.9.2019)
"§ 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 2e 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."

"A.R. 21.2.2014" (en vigueur 1.5.2014)
"§ 19. L'intervention de l'assurance est subordonnée aux deux conditions suivantes :

- pour une période donnée de trois mois, un maximum de 40.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire;

- pour une période donnée d'une année civile, un maximum de 156.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire."

"A.R. 2.10.2025" (en vigueur 1.12.2025)
"§ 20. Les prestations visées au § 1er du présent article ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes titulaires d'un agrément conformément à l'arrêté royal du 15 avril 2002 relatif à l'agrément en qualité de kinésithérapeute et à l'agrément des titres particuliers et des qualifications particulières.

Les prestations visées aux rubriques I et II du 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et les prestations visées au 7°, ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes qui satisfont aux conditions suivantes:

a) disposer d'un cabinet de kinésithérapie comportant au moins:

1° un local, comportant une ou plusieurs cabines, et des installations sanitaires, à usage exclusivement professionnel, qui sont disponibles pendant 38 heures par semaine;

2° une salle d'attente;

3° du matériel répondant aux normes de sécurité et d'efficacité et permettant d'exécuter dans leur intégralité toutes les prescriptions médicales qui seront acceptées par le ou les kinésithérapeutes qui y exercent;

4° un avis destiné aux patients, apposé à un endroit visible, et contenant l'information nécessaire au sujet de la tarification et l'adhésion éventuelle à la convention nationale du ou des kinésithérapeutes qui exercent dans le cabinet de kinésithérapie.

b) avoir introduit, conformément aux modalités définies par l'INAMI, une déclaration sur l'honneur mentionnant l'adresse du cabinet de kinésithérapie.

Tout changement ultérieur concernant ce cabinet tel qu'un changement d'adresse ou son partage avec d'autres kinésithérapeutes devra, également, être signalé selon les modalités définies par l'INAMI.

Dans le cas du partage d'un cabinet, une copie du contrat de travail ou une copie de la convention entre kinésithérapeutes indépendants, qui précise les heures au cours desquelles chaque kinésithérapeute peut disposer d'un local et du matériel tels que visés au 2e alinéa a), 1° à 4°, doit être conservée par chaque kinésithérapeute et mise à disposition immédiatement lors des contrôles prévus par la réglementation. "

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"§ 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."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003) + "A.R. 26.11.2006" (en vigueur 1.1.2007)
"Il faut entendre par stagiaire, un étudiant en kinésithérapie en avant dernière et en dernière année d'une formation de base de quatre ans ou dans les trois dernières années d'une formation de base de cinq ans."

"A.R. 18.12.2002" (en vigueur 1.1.2003)
"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 le14 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."

"A.R. 22.6.2023" (en vigueur 1.9.2023)
"**§ 22** Règles d'application eAgreement

Les échanges entre les kinésithérapeutes, les organismes assureurs et les médecins-conseil des organismes assureurs liés à l'ensemble des enregistrements, demandes, notifications et envois de documents peuvent se faire sous forme de flux « papier » ou par l'utilisation du service digitalisé « eAgreement ».

Les règles d'application spécifiques pour les utilisateurs d'eAgreement sont les suivantes :

- Une copie de la prescription médicale est jointe sous format électronique via eAgreement lors de chaque début de traitement. La prescription originale est conservée par le kinésithérapeute.

L'obligation de conserver la prescription originale mentionnée au présent paragraphe n'est pas d'application dans les cas où il est fait usage du service digitalisé de prescription électronique de renvoi visé aux articles 28 et 30 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

- Chaque début de traitement nécessite un enregistrement via eAgreement.

Les traitements, pour les situations pathologiques visées au § 1, 1°, qui couvrent deux ou plusieurs années civiles nécessitent un nouvel enregistrement via eAgreement, avec copie de la prescription, au moment de la première prestation de la nouvelle année civile pour poursuivre le traitement.

Exceptions :

- Les dispositions prévues pour les contrôles à postériori du § 18 ne peuvent pas se faire via eAgreement :

- eAgreement ne peut pas être utilisé pour les prestations visées au présent article et qui sont facturées par le service de perception centrale de l'hôpital."

"A.R. 24.4.2026" (en vigueur 1.7.2026)

"§ 23. Règles d'application concernant le traitement à distance par un kinésithérapeute

Si une séance de traitement kinésithérapeutique physique est remplacée par un traitement vidéo individuel par le kinésithérapeute d'une durée globale identique, l'une des prestations suivantes doit être facturée :

- prestation 568035 en remplacement de la prestation 567011, 567055, 567092 ou 567136 ;
- prestation 568050 en remplacement de la prestation 560011, 560114, 560210 ou 560313 ;
- prestation 568072 en remplacement de la prestation 560416, 564395 ou 560571 ;
- prestation 568094 en remplacement de la prestation 560652, 560770, 560895 ou 561013 ;
- prestation 568116 en remplacement de la prestation 561131, 564432 ou 561352 ;
- prestation 568131 en remplacement de la prestation 561595, 561610, 561632 ou 561654 ;
- prestation 568153 en remplacement de la prestation 561676 ou 564550 ;
- prestation 568175 en remplacement de la prestation 567276, 567291, 567313 of 567335 ;
- prestation 568190 en remplacement de la prestation 563010, 563113, 563216 of 563312 ;
- prestation 568212 en remplacement de la prestation 563415, 564572 ou 563496 ;
- prestation 568234 en remplacement de la prestation 563614, 563710, 563813 of 563916 ;
- prestation 568256 en remplacement de la prestation 564270, 564292, 564314 of 564336 ;
- prestation 568271 en remplacement de la prestation 564012, 564631 of 564093 ;
- prestation 568293 en remplacement de la prestation 564351, 564653 of 564373 ;

Les prestations 568035, 568050, 568072, 568094, 568116, 568131, 568153, 568175, 568212, 568190, 568234, 568271, 568256 et 568293 ne peuvent être effectuées que dans la mesure où elles font partie d'un traitement de kinésithérapie prescrit par un médecin ou un praticien de l'art dentaire (en cas de dysfonctionnements temporo-mandibulaires) et comptent intégralement dans le nombre de prestations prescrites sur la prescription de kinésithérapie et dans le nombre maximal de séances de traitement physiques attestables qu'elles remplacent, tel que défini aux §§ 10, 11, 13 et 14 du présent article.

Pour ces prestations à distance, toutes les règles d'application prévues aux §§ 10, 11, 13 et 14 du présent article qui s'appliquent à la séance de traitement physique qu'elles remplacent s'appliquent.

Un traitement individuel par vidéo ne peut être effectué que par un kinésithérapeute qui a accès au dossier de kinésithérapie du patient et qui a préalablement, effectué au moins une séance de traitement kinésithérapeutique physique avec ce patient.

Les prestations 568035, 568050, 568072, 568094, 568116, 568131, 568153, 568175, 568212, 568190, 568234, 568271, 568256 et 568293 ne peuvent, en conséquence, pas être attestées lors de la première séance de traitement d'une nouvelle situation pathologique (traitement d'intake) : cette première séance de traitement doit toujours être une séance de traitement de kinésithérapie physique.

Les prestations 568035, 568050, 568072, 568094, 568116, 568131, 568153, 568175, 568212, 568190, 568234, 568271, 568256 et 568293 peuvent être attestées conjointement pour un même bénéficiaire au maximum lors de deux séances de traitement consécutives. Au moins une séance de traitement kinésithérapeutique physique doit alors être attestée avant que le traitement vidéo puisse être attesté à nouveau.

Les séances individuelles de traitement par vidéo ne sont pas réservées à une liste limitative de situations pathologiques. Il relève de la compétence du kinésithérapeute de déterminer, en concertation avec le patient, si un traitement partiellement à distance peut, de manière qualitative, être mis en place.

Les séances individuelles de traitement par vidéo ne peuvent pas être utilisées pour des traitements où la présence physique du kinésithérapeute est nécessaire en raison de la nature du traitement ou pour assurer la sécurité du patient (par ex. drainage lymphatique, thérapie manuelle, problèmes d'équilibre vestibulaire, …)

La prescription ne doit pas mentionner explicitement que le traitement peut être effectué à distance mais peut mentionner la présence de contre-indications pour un traitement à distance.

§ 24 Règles d'application concernant le télémonitoring par un kinésithérapeute

Les prestations 567910, 567932, 567954, 567976 et 567991 comprennent :

- la mise à disposition du patient des technologies de l'information et de la communication (y compris l'éducation à son utilisation), avec un éventuel programme d'exercices individuel et les coûts associés (par exemple, frais d'abonnement) ;

- la préparation du télémonitoring par le kinésithérapeute (administration, description des exercices, etc.) ;

- le suivi des questionnaires validés et des mesures des paramètres physiologiques et fonctionnels pertinents transmis numériquement, le contact vidéo intermédiaire et l'adaptation éventuelle de la thérapie.

Une liste de questionnaires validés scientifiquement et de paramètres physiologiques et fonctionnels pertinents est fixée 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 conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs et sera disponible sur le site internet de l'INAMI.

Les prestations 567910, 567932, 567954, 567976 et 567991 ne peuvent être attestées que si, au cours de la période de 7 jours, tant le kinésithérapeute que le patient ont utilisé les technologies de l'information et de la communication au moins trois jours différents et en plus au minimum un contact vidéo synchrone entre le kinésithérapeute et le patient a eu lieu. Ce contact est inclus dans le forfait et n'est donc pas attestable en tant que traitement à distance tel que décrit au § 23. Lors de ce contact, les mesures et questions reçues sont discutées et la thérapie est, si nécessaire, adaptée.

Si une séance de traitement kinésithérapeutique physique a eu lieu au cours de cette période de 7 jours, l'obligation d'un contact vidéo synchrone n'est pas requise.

Les prestations 567910, 567932, 567954, 567976 et 567991 ne peuvent être effectuées que par un kinésithérapeute qui a accès au dossier de kinésithérapie du patient et qui a préalablement, effectué au moins une séance de traitement kinésithérapeutique physique avec ce patient.

Ces prestations ne peuvent être effectuées que dans la mesure où elles font partie d'un traitement de kinésithérapie prescrit par un médecin ou un praticien de l'art dentaire (en cas de dysfonctionnements temporo-mandibulaires), et ce après qu'au moins un traitement avec présence physique du kinésithérapeute ait été attesté pour la situation pathologique en question.

La prescription ne doit pas mentionner explicitement que le télémonitoring peut être effectué mais peut mentionner la présence de contre-indications pour un traitement à distance.

Les prestations 567910, 567932, 567954, 567976 et 567991 ne sont pas réservées à une liste limitative de situations pathologiques. Il relève de la compétence du kinésithérapeute de déterminer, en concertation avec le patient, si le télémonitoring peut être effectué en soutien d'un traitement de kinésithérapie.

Les prestations 567910, 567932, 567954, 567976 et 567991 comptent dans le nombre de prestations prescrites sur la prescription de kinésithérapie et dans le nombre maximal de prestations attestables tel que défini aux §§ 10, 13 et 14 du présent article à raison de 1 forfait hebdomadaire de télémonitoring pour deux prestations de kinésithérapie.

Les prestations 567910, 567932, 567954, 567976 et 567991 ne peuvent être attestées qu'avec une séance physique individuelle de kinésithérapie ultérieure dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint au moins une durée globale moyenne de 20 minutes, à l'exception des prestations 560055, 560151, 560254, 560350, 560453, 564410, 560615, 563054, 563150, 563253, 563356, 563452, 564594, 563533, 563651, 563754, 563850, 563953, 564056, 564675 et 564130.

Le nombre de prestations consécutives 567910, 567932, 567954, 567976 ou 567991 pouvant être attestées avant qu'une séance physique individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint au moins une durée globale moyenne de 20 minutes ait lieu pour la situation pathologique en question peut varier en fonction de la phase de réadaptation et de l'évolution du patient, et s'élève à un maximum de 4.

Au cours de la période de sept jours pour laquelle le télémonitoring est attesté, une séance de traitement kinésithérapeutique physique visée à l'article 7 peut également être attestée au même bénéficiaire. Aucun traitement vidéo individuel ne peut être attesté pendant cette période de sept jours.

§ 25. Pour pouvoir être attestées, les prestations « traitement à distance par un kinésithérapeute » et « télémonitoring par un kinésithérapeute » doivent satisfaire aux conditions suivantes :

- les technologies de l'information et de la communication utilisées répondent aux conditions fixées par l'arrêté royal du 27 mars 2025 portant exécution de l'article 34, alinéa 5, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui prévoit entre autres, l'enregistrement de logging tant pour le kinésithérapeute que pour le patient.

- le contenu de la communication n'est pas enregistré sur la plateforme utilisée ; l'heure et la durée de la communication (en particulier l'enregistrement de logging tant pour le kinésithérapeute que pour le patient) sont cependant enregistrées et stockées dans le dossier kinésithérapeutique (électronique) du patient de même que le contenu relevant de la communication ;

- si l'outil comprend d'autres fonctions, outre la possibilité de communication vidéo, y compris l'échange de documents, celles-ci sont proposées de telle sorte que les utilisateurs sont en mesure de respecter les dispositions légales applicables ;

- le traitement à distance et le contact vidéo obligatoire pendant le télémonitoring se déroulent de manière synchrone au moyen d'une liaison vidéo entre le kinésithérapeute et le patient ;

- le kinésithérapeute a accès au dossier individuel de kinésithérapie pendant le traitement à distance. "