A.R. 30.8.2026 M.B. 18.9.2026
En vigueur 1.11.2026

Modifier

Insérer

~~Enlever~~

Article 7 – KINESITHERAPIE

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

…

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

…

~~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 :~~

~~"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. : "~~

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.

"• 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."~~

"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 ou médullaire :

1° D'origine encéphalique 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.

2° D'origine encéphalique 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.

3° D'origine médullaire :

Groupe cible 3a. Patients tétraplégiques

Groupe cible 3b. Patients paraplégiques, 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 :

1° Lésions d'origine encéphalique :

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

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.

• 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.

2° Lésions d'origine médullaire :

• Pour les patients du groupe cible 3a, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 100 fois par année civile à raison d'une fois par jour. Pour ces patients, sauf spécification contraire du médecin conseil, aucune demande spécifique ne doit être formulée.

• Pour les patients du groupe cible 3b, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 100 fois par année civile à raison d'une fois par jour, à condition qu'une amélioration significative de l'état fonctionnel du patient peut être attendue et/ou en cas de complications de nature musculo-articulaire, respiratoire, cardiaque, neurologique, dermatologique ou infectieuse. Pour ces patients, 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.

Pour ce faire, le kinésithérapeute envoie une notification ou un renouvellement de notification au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire.

Cette notification ou ce renouvellement de notification porte jusqu'à la fin de l'année en cours pour autant que le patient bénéficie toujours 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.

Les notifications visées aux 1° et 2° 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.

• pour le groupe cible 3b : la nécessité de séances de 60 minutes.

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."