

JUSTEL - Législation consolidée

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2022/04/20/2022031929/justel>

Dossier numéro : 2022-04-20/05

Titre

20 AVRIL 2022. - Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Source : SECURITE SOCIALE

Publication : Moniteur belge du 23-05-2022 page : 44396

Entrée en vigueur : 01-07-2022

Table des matières

Art. 1-3

Texte

Article [1er](#). A l'article 7 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, remplacé par l'arrêté royal du 18 décembre 2002 et modifié par les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1er juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009, 29 août 2009, 22 juillet 2010, 5 avril 2011, 22 mars 2012, 19 septembre 2013, 21 février 2014, 03 septembre 2015, 17 octobre 2016 et 19 septembre 2017, 3 février 2019, 3 mars 2021, 9 mai 2021, 20 mai 2021 et 19 décembre 2021 est apportée la modification suivante :

Au § 11, les 4ème, 5ème, 6ème, 7ème, 8ème et 9ème alinéas sont remplacés par ce qui suit :

" Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui sont atteints d'infirmité motrice cérébrale ou d'un tableau fonctionnel d'infirmité motrice cérébrale. La confirmation de ce diagnostic doit être fournie sur base d'un rapport rédigé par le médecin spécialiste traitant et avec mention du code GMFCS** (Gross Motor Function Classification System). Ce rapport doit être envoyé au médecin conseil et mentionné dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 8 du présent article.

Ces prestations ne peuvent être attestées qu'une 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."

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées une fois par jour jusqu'au 31 décembre de l'année civile pendant laquelle le patient atteint son 21ème anniversaire.

A partir du 1er janvier de l'année civile qui suit l'année civile durant laquelle le patient atteint son 21ème anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées :

- 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.

Au 21ème anniversaire du patient, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec la mention du score GMFCS.

Lorsque le score GMFCS du patient après son 21ème anniversaire change avec modification du nombre maximum de prestations attestables pour cette 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 dans l'année civile concernée est défalqué du nombre maximum de prestations 560755, 560873, 560991,