"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"**Art. 23. § 1er**. Les prestations de l'article 22, I, ne peuvent pas être cumulées le même jour avec les prestations de l'article 22, II.

Par jour, une seule prestation de l'article 22, II, peut être portée en compte, à l'exception de la prestation 558950 - 558961 comme stipulé dans la troisième règle d'application suivant cette prestation.

Les prestations de l'article 22, II, ne peuvent pas être cumulées le même jour avec des prestations de kinésithérapie."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"§ 2. Les prestations thérapeutiques (art. 22, II, a), 1°), prestations de rééducation (art. 22, II, a), 2°) ou traitements de rééducation (art. 22, II, b),) ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour consultation par des médecins spécialistes qui ont accès à ces prestations visées, sauf dans les cas suivants :

1. lors de l'exécution de la prestation 558773 - 558784,

2. lors de l'exécution de la prestation 558950 - 558961,

3. lors de la première prestation 558795 - 558806 ou 558434-558445, lorsque cette consultation est attestée pour la réalisation d'un plan de traitement individualisé en fonction de l'affection,

4. dans le cadre de la consultation d'évaluation à la suite d'une série de prestations 558390, 558423 ou 558434 - 558445,

5. dans le cadre de la consultation d'évaluation à la suite d'une série de prestations 558795 - 558806 si celle-ci n'est pas poursuivie par une série 558390."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 15.10.2004" (en vigueur 1.11.2004) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007)
"§ 3. Les prestations 558434 - 558445, 558810 - 558821, 558014-558025, 558832 - 558843 et 558994 - peuvent uniquement être portées en compte par le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation ou par le médecin spécialiste en réadaptation neurologique, respiratoire ou locomotrice, reconnu par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, mais pour les trois derniers, avec limitation aux affections qui ressortissent à leur agrément de réadaptation, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions de l'article 23."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"La prestation 558633 - 558644 peut également être remboursée si elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale ou par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique."

"A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"La prestation 558773 - 558784 peut également être remboursée si elle est attestée par un médecin, spécialiste en chirurgie orthopédique ou en rhumatologie.

Les prestations 558795 - 558806, 558390 et 558423 peuvent être attestées comme prestations connexes par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en rhumatologie.

Les prestations diagnostiques de l'article 22, I, peuvent être attestées par le médecin spécialiste en rhumatologie."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004)
"§ 4. Le plan de traitement visé dans la prestation 558950 - 558961 est établi individuellement pour chaque patient et est tenu à jour dans le dossier de traitement. Au début du traitement pluridisciplinaire, le médecin traitant transmet au médecin-conseil de l'organisme assureur un formulaire standard comme notification, mentionnant le code de l'affection figurant sur la liste limitative reprise au § 11, du présent article, ainsi que la date de début du traitement."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007)
"§ 5. Le remboursement des prestations 558810 - 558821, 558014-558025 et 558832 - 558843 n'est autorisé que pour le traitement de rééducation de l'une des affections figurant dans la liste limitative reprise au § 11 du présent article, et conformément à la limitation qui a été prévue dans le nombre de traitements."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"Lors de l'exécution des prestations n°s 558810 - 558821, 558014 - 558025 et 558832 - 558843, le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation ou en rééducation fonctionnelle et professionnelle doit personnellement rendre compte de l'évolution des traitements au moyen d'un plan de traitement individualisé, d'une réunion hebdomadaire avec l'équipe de traitement dont un rapport est inscrit dans le dossier de rééducation, et d'un suivi régulier du patient adapté à ses besoins."

"A.R. 7.10.2011" (en vigueur 1.1.2012)
"Si, en raison de ses capacités physiques, le patient ne nécessite pas ou n'est pas en état de suivre une rééducation pluridisciplinaire de la durée prévue par la liste limitative du § 11 du présent article, la prestation est alors attestée sous le numéro d'ordre qui correspond à la durée effective de traitement (558810-558821 ou 558014-558025). Ces modifications figurent dans le registre du service et dans le dossier du patient. Le nombre total de séances autorisées n'est pas modifié par cette mesure."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007)
"Les honoraires pour les prestations 558810 - 558821, 558014-558025 et 558832 - 558843 ne peuvent pas, pour la même situation pathologique, être portés en compte avec ou après des prestations portées en compte dans le cadre des conventions visées dans l'article 23, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, que ces prestations soient effectuées dans le même centre de réadaptation fonctionnelle ou dans des centres différents.

Les honoraires pour les prestations 558810 - 558821, 558014-558025 et 558832 - 558843 ne peuvent être portés en compte pour la rééducation de patients cardiaques."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 15.10.2004" (en vigueur 1.11.2004) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007) + "A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"§ 6. Le remboursement des prestations 558434 - 558445, 558095 - 558106, 558132 - 558143, 558810 - 558821, 558014-558025, 558832 - 558843 et 558994 - n'est autorisé que pour les traitements de rééducation effectués sous la coordination d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation dans un service de médecine physique intégré dans un établissement hospitalier agréé, dans lequel sont au moins présents à temps plein, outre le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, les disciplines kinésithérapie et ergothérapie. Temps plein doit être compris ici comme « équivalent temps plein ». Lors de l'exécution du traitement de rééducation, les deux disciplines sont présentes en permanence pendant toute la durée des travaux. Les patients doivent toujours être accompagnés lors de l'exécution de leurs programmes de rééducation individuels. Le service peut, en outre, faire appel, dans l'institution, aux fonctions logopédie et psychologie clinique."

"A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"Pour le médecin coordinateur, des restrictions supplémentaires sont imposées : il ne peut exercer cette fonction que dans un centre de rééducation fonctionnelle d'un hôpital et ne peut être associé qu'à ce même hôpital. Cette fonction peut être assurée par deux médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation à temps partiel maximum, qui sont chacun associés à un seul hôpital."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004)
"Le service extra-muros de médecine physique et de réadaptation, qui peut produire un contrat de collaboration avec un établissement hospitalier agréé et qui satisfait aux autres conditions de personnel, est assimilé au service intégré à la condition que cette collaboration existait déjà à la date de publication du présent arrêté."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007) + "A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"La série des prestations 558095 - 558106, 558132 - 558143, 558810 - 558821, 558014-558025 et 558832 - 558843 n'est remboursée qu'une seule fois par affection, dans le cadre d'un traitement de rééducation."

"A.R. 15.10.2004" (en vigueur 1.11.2004) + "A.R. 27.9.2009" (en vigueur 1.12.2009)
"Les prestations 558095 - 558106 et 558132 - 558143 peuvent être portées en compte au maximum 60 fois, et ce sur une durée maximale de six mois."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004)
"Le nombre maximum de séances de rééducation effectuées sous les prestations 558795 - 558806 et 558390 concerne un nombre maximum de séances par année civile et pour la même situation pathologique."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 15.10.2004" (en vigueur 1.11.2004) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007)
"La prestation 558434 - 558445 peut être portée en compte au maximum 104 fois par assuré après la série de traitements de rééducation 558810 - 558821, 558014-558025, 558832 - 558843 ou 558994 -, pour la même situation pathologique."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004)
"§ 7. Le service de médecine physique et de rééducation tient à jour un registre de tous les traitements de rééducation effectués, avec indication de l'affection correspondante de la liste limitative reprise au § 11 du présent article et des différentes disciplines qui ont contribué au traitement. Ce registre est établi par année civile et est mis à la disposition du médecin-conseil de l'organisme assureur, du médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et des organes chargés d'une mission de peer review."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 15.10.2004" (en vigueur 1.11.2004)
"§ 8. Le traitement complet de rééducation attesté sous le n° 558994 - comporte, pour l'ensemble des séances, au minimum les éléments suivants:"

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 5.10.2018" (en vigueur 1.12.2018)
"1° une évaluation fonctionnelle et psychosociale préalable;

2° l'information du patient sur les facteurs mécaniques qui favorisent la dégradation du segment vertébral (anatomie, biomécanique, charge vertébrale), l'explication des principes du soutien du dos et la discussion des facteurs émotionnels et psychologiques qui peuvent entretenir la douleur;

3° la formation pratique dans les techniques pour ménager le dos (épargne vertébrale), y compris les activités professionnelles fréquentes (soulèvement de lourdes charges, etc.);

4° une rééducation individualisée avec au moins une correction du maintien, un renforcement analytique des muscles paravertébraux, et des exercices d'étirement;

5° l'amélioration de la condition physique tant au niveau aérobique (sur cyclo-ergomètre ou tapis roulant) qu'au niveau de l'endurance musculaire (appareils de fitness);

6° une partie ergonomique avec au moins l'explication au patient des règles concernant l'adaptation à l'environnement en vue de limiter la charge du dos et avec, grâce à cette formation, la reconnaissance par le patient lui-même des risques les plus importants dans son milieu socioprofessionnel. Cette partie doit, le cas échéant, également comporter une analyse du poste de travail selon la profession du patient;

7° une évaluation fonctionnelle et psychosociale à la fin du traitement."

"A.R. 9.12.2019" (en vigueur 1.2.2020)
"La série de prestations 558994 ne peut être attestée qu'une seule fois par assuré. Au maximum 36 de ces prestations peuvent être attestées pendant une période de 180 jours. Elles ne peuvent être portées en compte que pour les indications suivantes :

1° cervicalgies et dorsolombalgies mécaniques aspécifiques apparues depuis plus de 45 jours;

2° moins de 90 jours après une chirurgie vertébrale correctrice.

Cette série peut être attestée une deuxième fois uniquement :

1° soit en cas de nouvelle intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale;

2° soit, avec l'accord du médecin-conseil de la mutualité, pour une pathologie vertébrale dans le cadre d'une réintégration socioprofessionnelle. "

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004)
"Les séances collectives de traitement ne peuvent jamais concerner plus de 8 patients."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 15.10.2004" (en vigueur 1.11.2004)
"L'analyse ergonomique peut couvrir maximum deux des 36 prestations 558994 -."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004)
"Ce service doit disposer d'une équipe qui comporte au minimum les disciplines ergothérapie, kinésithérapie et psychologie. Un ergonome diplômé peut remplacer l'ergothérapeute.

Si l'équipe ne dispose pas d'un ergonome diplômé, les tâches qui doivent être effectuées dans le cadre du module d'ergonomie sont dispensées par un autre membre de l'équipe, à condition que celui-ci ait bénéficié d'une formation complémentaire en ergonomie physique d'une durée de minimum 90 heures, et que la preuve puisse être fournie d'une expérience dans l'évaluation des risques biomécaniques sur le lieu de travail.

Dans les deux semaines qui suivent la fin du traitement de rééducation, un rapport médical est transmis au médecin traitant, ainsi que, dans le cas d'un patient bénéficiaire en incapacité de travail, au médecin-conseil de l'organisme assureur, et, moyennant l'accord du patient, au médecin du travail. Ce rapport contient les résultats d'évaluation au début du traitement, une description des tâches de rééducation effectuées, les résultats de l'évaluation clinique, psychologique et, si nécessaire, ergonomique à la fin du traitement et les recommandations pour la reprise des activités professionnelles et, si nécessaire, pour la rééducation d'entretien.

L'évaluation au début et à la fin du traitement comporte un bilan algologique (au moyen d'une ou plusieurs échelles visuelles analogiques), une mesure du handicap fonctionnel vécu (Roland-Morris scale ou Oswestry Disability Questionnaire), une mesure de l'état dépressif et une mesure de la kinésiophobie, un bilan fonctionnel vertébral et une évaluation pratique de la connaissance acquise en matière d'épargne vertébrale."

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004)
"§ 9. Les prestations en matière de moulages plâtrés pour les appareils orthopédiques, les orthèses et les appareils plâtrés, et les tractions continues vertébrales pendant une hospitalisation (qui figurent dans l'article 14, k), I), § 2, B, 2°, 3°, 4°, 5°, C, 2°, 3°, 4°, 5°, D, 2°, 3°, 4°, 5°, et II) peuvent être dispensées par les médecins spécialistes en médecine physique et en réadaptation, en dehors du traitement des fractures et luxations."

§ 10. *Supprimé par A.R. 27.9.2009 (en vigueur 1.12.2009)*

"A.R. 22.6.2004" (en vigueur 1.8.2004) + "A.R. 14.9.2007" (en vigueur 1.12.2007)
"§ 11. LISTE LIMITATIVE DES AFFECTIONS POUR LA REEDUCATION PLURIDISCIPLINAIRE.
(558810 - 558821, 558014-558025 et 558832 - 558843)

N° de code	Affection	Type	Nombre max.
	-Système Nerveux Central-		
101 A	Lésions cérébrales avec manifestations neurologiques déficitaires	K 60	120 trait.
102 A	Lésion transversale/paraplégie-parésie/tétraplégie-parésie	K 60	120 trait.
103 A	Affection neurologique progressive avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	120 trait.
	-Système nerveux périphérique-		
201 A	Lésion nerveuse périphérique/radiculopathie/lésion du plexus	K 60	120 trait.
202 A	Polyneuropathie avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	120 trait.
	-Système musculaire-		
301 A	Myopathie/myosite avec modification manifeste de l'autonomie	K 60	120 trait.
	-Affections orthopédiques-		
401 A	Algodystrophie (Südeck), épaule gelée (syndrome douloureux complexe régional)	K 60	120 trait.
402 A	Prothèse articulaire des grandes et moyennes articulations des membres	K 45	60 trait.
403 A	Amputations MS/MI (sauf doigt D2-D5)	K 60	60 trait.
404 A	Altération fonctionnelle orthopédique en relation avec une atteinte des grandes et moyennes articulations des membres	K 60	60 trait.
405 B	Altération fonctionnellle en relation avec des lésions tendineuses graves avec interruption partielle ou complète de la continuité	K 30	60 trait.
406 B	Fractures d'une (de) vertèbre(s) par enfoncement	K 30	60 trait.
407 B	Fractures du bassin avec fracture ilio- et ischiopubienne associée à un déplacement sacro-iliaque, après correction chirurgicale	K 30	60 trait.
	-Divers-		
501 B	*Supprimée par A.R. 7.10.2011 (en vigueur 1.1.2012)*		
502 A	Cicatrices de brûlures étendues avec gêne fonctionnelle pendant leur phase évolutive ou après correction chirurgicale/plastique	K 60	60 trait.
503 A	Affections articulaires rhumatismales chroniques évolutives avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	60 trait.
504 B	Rééducation pulmonaire pour insuffisance respiratoire obstructive ou restrictive avec VEMS < 60% et/ou désaturation démontrée, sur prescription du pneumologue	K 30	60 trait."