

## Kinésithérapie

**Votre médecin vous a prescrit des séances de kinésithérapie. A quel remboursement et à quel nombre de séances avez-vous droit ?**

Pour pouvoir prétendre au remboursement, il faut toujours une prescription de votre médecin. Si vous n'êtes pas en mesure de quitter votre habitation, le médecin doit le mentionner sur la prescription : dans ce cas, vos séances dispensées à domicile vous seront également remboursées.

En fonction des affections et de leur gravité, Il existe différents types de traitements ainsi qu'un nombre maximum de séances remboursées :

### **Les affections appelées "courantes"**

Pour une entorse ou un mal de dos, par exemple, un maximum de 18 séances est remboursable par année civile. Si plus de séances sont nécessaires (pour une même pathologie), le kinésithérapeute peut utiliser d'autres codes de nomenclature. Dans ce cas, les remboursements seront moins importants.

Si, au cours de la même année civile, de nouvelles affections se déclarent, votre kinésithérapeute doit introduire une demande auprès du médecin-conseil de la mutualité. En cas d'accord, vous pourrez obtenir 18 séances supplémentaires. Vous pourrez ainsi prétendre au remboursement d'un maximum de 3 x 18 séances par année civile.

### **Les affections appelées « aigues » (pathologies de la [liste FA](#))**

Il s'agit d'affections nécessitant plus de séances de kinésithérapie que les affections courantes. Le kinésithérapeute doit, dans ce cadre, envoyer une notification au médecin-conseil de la mutualité.

Une autorisation pour une pathologie de liste F aigue (Fa) donne droit à un maximum de 60 séances sur une période de 1 an. Si plus de séances sont nécessaires (pour une même pathologie), le kinésithérapeute peut utiliser d'autres codes de nomenclature. Dans ce cas, les remboursements seront moins importants.

Pour une même affection de type FA, le traitement ne peut être renouvelé et/ou prolongé dans le temps. Par contre, si une nouvelle affection de la liste FA se déclare, votre kinésithérapeute devra demander l'accord du médecin-conseil et, au besoin, justifier qu'il s'agit bien d'une nouvelle pathologie.

### **Les affections appelées « chroniques » (pathologies de la [liste FB](#))**

Pour de telles affections, le kinésithérapeute doit envoyer une notification au médecin-conseil de la mutualité. L'autorisation est donnée jusqu'au 31/12 de l'année +2. A titre d'exemple, pour un traitement qui débute le 15 septembre 2012, l'autorisation est valable jusqu'au 31 décembre 2014.

Vous avez droit à 60 séances remboursées par année civile. Si nécessaire, le kinésithérapeute pourra encore attester 20 séances supplémentaires (sous un autre code de nomenclature) mais, par la suite, il devra attester d'autres codes de nomenclature qui seront moins remboursés.

Pour les pathologies chroniques de type FB, une prolongation est possible à l'issue de la période accordée.

### **Les affections appelées « longues et lourdes » (pathologies de la liste E)**

Il s'agit ici d'une liste limitative d'affections qui donnent droit au remboursement d'un nombre illimité de séances à un tarif majoré.

Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste et l'approbation du médecin-conseil de la mutualité est toujours requise. La première demande au médecin-conseil doit être introduite au moyen d'un justificatif médical détaillé du médecin spécialiste, accompagné d'un bilan kinésithérapeutique (dans le cadre de prolongations, le médecin généraliste peut également établir le justificatif médical détaillé).

L'autorisation est généralement donnée pour une durée variant de 12 mois à 3 ans maximum.

### **Kinésithérapie périnatale**

Les femmes enceintes ont droit au remboursement de 9 séances en préparation à l'accouchement ou après la naissance.

## Lymphœdème

En fonction de la gravité du lymphœdème, démontrée par périmétrie, examen volumétrique ou lymphoscintigraphie, vous avez droit au remboursement en pathologie chronique (FB) à 60 séances ou en pathologies longues et lourdes (liste E) à 120 séances.

Ce type de traitement est également soumis à l'autorisation du médecin-conseil.

### Bon à savoir

Aucun remboursement de soins de kinésithérapie à l'acte ne sont prévus dans les situations suivantes :

- En cas d'abonnement à une maison médicale.
- En cas d'hospitalisation ou de soins en maison de repos et de soins (à l'exception des maisons de repos pour personnes âgées).

Pour les soins de kinésithérapie à l'acte remboursés, une seule séance est remboursable par jour (sauf dans certains cas pour les pathologies longues et lourdes). Dès lors, si vous êtes suivi par 2 kinésithérapeutes différents pour des affections différentes, le traitement ne peut avoir lieu le même jour (attention : il en est de même pour les prestations de physiothérapie où le cumul est interdit le même jour).