

Dr. NOM Prénom
Spécialité

Code prestataire :XXXXXXXX

N°, rue xxxx
C.P. Localité
Tél :

Nom Prénom Personne protégée (facultatif)
Adresse
Adresse
Adresse

Matricule :
Nom patient :
Numéro accident :
Date accident :

Ordonnance Médicale : Kinésithérapie

Date :	
Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie, l'ordonnance médicale doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé dans le délai de 31 jours à partir de la date d'établissement de l'ordonnance. Afin d'assurer un traitement rapide, la validation est idéalement demandée par le masseur-kinésithérapeute.	
Type de traitement :	
<input type="checkbox"/> Pathologie courante (ZK10-ZK15 : max. 8 séances/ ordonnance / ZK16/ZK17 : max. 24 séances/ordonnance)	<input type="checkbox"/> Pathologie lourde (max. 64 séances/ordonnance, fréquence obligatoire, cf. limitations sur verso)
<input type="checkbox"/> Rééducation post-chirurgicale (max. 32 séances par intervention et max. 16 séances/ordonnance, fréquence obligatoire, uniquement en cas d'intervention chirurgicale sur l'appareil locomoteur)	Date intervention :
Pathologie* :	
Nombre/Fréquence (à ne pas remplir pour ZB10) :	
Nombre : séances	Fréquence : séances/semaine
Traitement (actes non cumulables - une seule case peut être cochée) :	
<input type="checkbox"/> ZK10 Rééducation orthopédique simple (une articulation périphérique et/ou la région musculaire avoisinante) Partie du corps* :	
<input type="checkbox"/> ZK11 Rééducation orthopédique complexe (colonne vertébrale et/ou plusieurs articulations périphériques et/ou les régions musculaires avoisinantes) Partie(s) du corps* :	
<input type="checkbox"/> ZK12 Rééducation respiratoire (fréquence obligatoire)	
<input type="checkbox"/> ZK13 Rééducation du plancher pelvien	
<input type="checkbox"/> ZK14 Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant un seul membre	
<input type="checkbox"/> ZK15 Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant plusieurs membres et/ou le tronc	
<input type="checkbox"/> ZK16 Drainage lymphatique manuel d'un membre	
<input type="checkbox"/> ZK17 Drainage lymphatique manuel de plusieurs membres	
<input type="checkbox"/> ZB10 Bilan	
Traitement à domicile	
<input type="checkbox"/> ZD10 Frais de déplacement	
<input type="checkbox"/> Demande d'une fiche de synthèse	
Diagnostic / Remarque(s) :	Signature et estampille

* Indication obligatoire, listes détaillées sur le verso

Invalidation par le prestataire 1 <input type="checkbox"/> totalité des prestations délivrées <input type="checkbox"/> annulée et remplacée par ordonnance du <input type="checkbox"/> partielle – nombre de séances prestées : /	Date/Signature/ estampille
Invalidation par le prestataire 2 <input type="checkbox"/> totalité des prestations délivrées <input type="checkbox"/> annulée et remplacée par ordonnance du <input type="checkbox"/> partielle – nombre de séances prestées : /	Date/Signature/ estampille
Champs libre à utiliser pour remarques ou en cas de plus de deux prestataires consécutifs.	

En cas de succession de plusieurs prestataires, l'ordonnance partiellement invalidée est à remettre au patient qui la présentera au prochain prestataire pour continuation des soins. Après prestation de la dernière séance prévue ou en cas d'interruption du traitement, l'ordonnance invalidée de façon définitive est à remettre au patient qui est responsable de son archivage.

Référentiels

Code	Libellé	Code des actes pouvant être mis en compte par le masseur-kinésithérapeute
L01	Scoliose évolutive à partir de 20° (angle de Cobb)	ZK11
L02	Malformation squelettique congénitale grave et invalidante	ZK10, ZK11
L04	Polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire	ZK10, ZK11
L05	Spondylarthrite grave et invalidante	ZK11
L06	Myopathies graves et invalidantes	ZK11
L07	Affection broncho-pulmonaire chronique irréversible obstructive et/ou restrictive	ZK12
L08	Paralysie grave et invalidante	ZK10, ZK11, ZK14, ZK15
L09	Paraplégie	ZK14, ZK15
L10	Tétraplégie	ZK15
L11	Hémiplégie	ZK15
L12	Sclérose en plaques	ZK14, ZK15
L13	Sclérose latérale amyotrophique	ZK14, ZK15
L14	Infirmité motrice cérébrale	ZK15
L15	Maladie de Parkinson	ZK15
L16	Maladie d'Alzheimer	ZK15
L17	Lymphoedème après curage ganglionnaire	ZK16, ZK17

Liste des parties de corps (conformément à l'annexe G des statuts de la Caisse nationale de santé)

Code	Libellé
C01	Épaule
C02	Coude
C03	Poignet
C04	Main
C05	Hanche
C06	Genou
C07	Cheville
C08	Pied
C09	Bassin
C10	Mandibule
C11	Thorax
C12	Colonne cervicale
C13	Colonne dorsale
C14	Colonne lombaire/sacrée et coccyx

Les codes peuvent être utilisés pour une articulation et/ou pour la région musculaire avoisinante.