

**NOTIFICATION D'UN SCORE GMFCS, UN CHANGEMENT DE SCORE GMFCS
OU UNE POURSUITE DE TRAITEMENT DECRIT A L'ARTICLE 7, §11 DE LA
NOMENCLATURE DES SOINS DE SANTE (PATIENT IMC OU AVEC UN
TABLEAU FONCTIONNEL D'IMC)**

Données d'identification du bénéficiaire

(compléter ou apposer une vignette O.A.)

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Numéro d'inscription O.A. :

Déclaration du kinésithérapeute

Cette notification concerne :

(cocher la rubrique concernée, si le formulaire est établi par des moyens informatiques, seule la rubrique concernée doit être reproduite)

Information concernant le score GMFCS ou le changement du score GMFCS

Je soussigné(e),,
kinésithérapeute,
informe que :

le (la) bénéficiaire se situe au score GMFCS à son 21^{ième}
anniversaire.

le (la) bénéficiaire (âgé(e) d'au moins 21 ans) passe du score GMFCS
..... au
score

(cocher la case concernée)

**Poursuite du traitement d'un patient IMC ou avec un tableau fonctionnel
d'IMC au
moyen de 50 séances 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 ou
561304
complémentaires**

Je, soussigné(e),,
kinésithérapeute,

déclare que je poursuis / j'ai poursuivi * en date du, le traitement
de la situation pathologique reprise ci-dessus. (* biffer la mention
inutile)

J'ai pris connaissance des conditions d'attestation pour les prestations de ces 50
séances complémentaires décrites à l'art. 7, §11 de la nomenclature des
prestations de santé.

Je garde dans mon dossier le rapport rédigé par le médecin spécialiste traitant
motivant les 50 prestations complémentaires.

Cachet du kinésithérapeute

Date et signature

Identification du kinésithérapeute
(nom, adresse et numéro d'identification ou cachet)