

Annexe 5c

**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<sup>ième</sup> 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.

Date et signature

|                            |
|----------------------------|
| Cachet du kinésithérapeute |
|----------------------------|

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