

**NOTIFICATION DU TRAITEMENT D'UNE SITUATION PATHOLOGIQUE DECRITE A L'ARTICLE 7, §14, 5°, B, DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE (LISTE F)**

**1. Données d'identification du patient**

(compléter ou apposer une vignette O.A.)

Nom et prénom: .....

Adresse: .....

Date de naissance: .....

Numéro d'inscription O.A.: .....

**2. Déclaration du kinésithérapeute**

Je, soussigné(e), ....., kinésithérapeute, déclare au médecin-conseil que je commence/ai commencé le traitement de la situation pathologique indiquée ci-dessous en date du .....

J'ai pris connaissance des conditions pour pouvoir attester les prestations dans le cadre de la situation pathologique ci-dessous et en particulier de l'article 7, §14 de la nomenclature des prestations de santé.

Je garde une copie de la prescription ainsi que les éléments indiquant que le patient se trouve dans la situation cochée ci-dessous dans le dossier.

**3. Situations pathologiques de la liste F § 14, 5°, B. <sup>1</sup>**

Indiquer par une croix la situation pathologique concernée (maximum 1 situation pathologique).

**Le formulaire n'est pas valide s'il s'écarte du texte, si des commentaires sont ajoutés à ce texte ou s'il est rempli de façon incomplète**

- a) Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche pour les bénéficiaires à partir de leur 70<sup>ème</sup> anniversaire présentant une fragilité persistante avec chutes récurrentes ou présence d'une fracture ostéoporotique combinée avec deux des résultats des tests prévus à la nomenclature. 51.
- b) Troubles du développement psychomoteur
- chez les enfants de moins de 16 ans, après avis d'un spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé. 52.
- chez les enfants jusqu'à 18 mois inclus, présentant des troubles manifestes cliniques du développement établis à l'aide d'une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée, qui compte au moins un (neuro)pédiatre. 53.
- c) Insuffisance respiratoire chez les bénéficiaires qui sont suivis dans le cadre de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile. 54.
- d) Polyneuropathie chronique motrice ou mixte . 55.

- e) **Syndrome de fatigue chronique / fibromyalgie**  
pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique et  
répondant aux conditions prévues dans la nomenclature.  
pour les patients souffrant de fibromyalgie et répondant aux  
conditions prévues dans la nomenclature.

56.

57.

#### 4. Signature

Le kinésithérapeute  
(nom, adresse et numéro d'identification)

(date et signature)

- 1 Si le formulaire est établi par des moyens informatiques, seule la rubrique concernée (a), b), c), d) ou e)) du point 3 doit être reproduite. Le texte complet de cette rubrique doit être repris et la situation pathologique concernée doit être indiquée.

Vu pour être annexé au Règlement du 4 novembre 2002 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.