**Décision Médecin Conseil**

Date de réception :

Décision :

* Favorable
* Refus
* Autre

Formulaire de demande d’intervention

dans le coût de prestations de logopédie.

1. Renseignements administratifs
2. **Identification du bénéficiaire :**

*(cadre pour la vignette)*

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Numéro d’inscription auprès de la mutualité :

1. **Identification du logopède :**

|  |
| --- |
| Nom et prénom : Adresse : N° de téléphone/email : Numéro INAMI :  |

1. **L’intervention demandée concerne :**

- Bilan Initial : OUI / NON - Date : …. / …. / ….

- Bilan d’évolution : OUI / NON - Date : …. / …. / ….

- Bilan de rechute : OUI / NON - Date : …. / …. / ….

- Lieu :

- Trouble (selon nomenclature) :

- Traitement à partir de (date) : …. / …. / …. + durée :

1. Bilan logopédique.
2. **Anamnèse**
* En cas de troubles §2, b, 2°, §2, b, 3° ou §2, f :

|  |  |
| --- | --- |
| Type d’enseignement | Ordinaire / Spécialisé / Autre |
| Année scolaire fréquentée |  |
| Parcours scolaire | Normal / Redoublement / Autre |
| Langue d’enseignement durant les deux dernières années |  |
| Langues(s) parlée(s) à la maison |  |

Examens complémentaires à joindre pour §2, b, 2° : QI Total et audiométrie vocale, et pour §2, f : QI de performance ou non-verbal ou QD (quotient développemental), et audiométrie.

* En cas de trouble §2, a :

Profession :

Rééducation professionnelle admise par le Collège des médecins-directeurs : OUI / NON

Convention d’apprentissage : OUI / NON

1. **Données du bilan logopédique :**
* Pour chaque test :

- Nom du test et date d’édition :

- Etalonnage :

- Résultats :

- Analyse qualitative :

* Conclusion :
* Traitement :

- Lieu de traitement :

- Nombre de séances :

* En cas de trouble §2, b, 2° et 3° :

La **prescription** précise dans tous les cas la nature et l’importance des troubles

* En cas de trouble §2, b, 6.3

La **prescription** précise dans tous les cas l’étiologie et la nature et l’importance des troubles

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date et signaturedu logopède | Date et signature du bénéficiaire ou de son représentant légal | Prescription du traitement par le médecin autoriséDate, signature et numéro INAMI |
|  |  |  |