**Annexe 98a**

**Formulaire de demande d’intervention dans le coût de prestations de logopédie (art. 36)**

**Formulaire standard**

Ce formulaire doit être utilisé pour tous les troubles, à l'exception des troubles pour lesquels il existe des formulaires spécifiques (art. 36 § 2 b) 2°, § 2 b) 3°, § 2 b) 6.4, § 2 c) 2° et § 2 f) ).

(toutes les rubriques doivent être complétées)

***Les prescriptions médicales pour le bilan logopédique et pour le traitement logopédique doivent être jointes à ce formulaire lors de la demande d'accord.***

**Renseignements administratifs**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du bénéficiaire**  (à compléter ou coller une vignette) | **Identification du logopède** |
| Nom et prénom :  Adresse :  Date de naissance :  Numéro National : | Nom et prénom :  Adresse :  N° de téléphone  Email :  Numéro INAMI : |

**Intervention des prestations logopédiques**

- Bilan initial

lieu :

date(s) :

- Trouble selon nomenclature : Choose an item.

- Traitement

à partir du :

lieu :  cabinet  domicile  école  hôpital

**Rapport logopédique**

***Anamnèse :***

***Données du bilan logopédique :***

***Caractéristiques du trouble après données du bilan logopédique :***

|  |  |
| --- | --- |
| Date et signature du logopède | Date et signature du bénéficiaire ou de son représentant légal/tuteur |
|  |  |

**Décision du médecin conseil**

|  |
| --- |
| Date de réception :  Décision :  Accord du bilan logopédique  Accord du traitement logopédique  Refus du bilan logopédique  Refus du traitement logopédique  Autre  Date et signature : |