

## Remboursement logopédie

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

N° registre national : \_\_\_\_\_

Rue, N° (Bte) : \_\_\_\_\_

Code Postal et localité : \_\_\_\_\_

N° fixe ou GSM : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Apposez une vignette d'identification  
ou  
complétez les infos ci-contre.

### *A compléter par le prestataire*

Je soussigné(e), logopède (nom et prénom) \_\_\_\_\_

certifie sur l'honneur avoir donné des soins personnels à (nom et prénom du/de la patient(e))

\_\_\_\_\_ aux dates indiquées **au verso** de ce document. Je certifie également

sur l'honneur avoir perçu les montants renseignés :

- pour le traitement suivant (cocher la/les case(s)) :

§2 a) 1°, 2°, 3° : Langage (prof., réed., appr. )	§2 b) 6° 6.3 : Troubles chroniques
§2 b) 1° : Aphasie	§2 b) 6° 6.4 : Bégaiement
§2 b) 2° : Troubles langage oral	§2 b) 6° 6.5 : Orthodontie
§2 b) 3° : Troubles d'apprentissage	§2 c) 1° : Laryngectomie
§2 b) 4° : Fentes	§2 c) 2° : Paralysie, lésion org. larynx
§2 b) 5° : Chirurgie, radiothérapie	§2 d) : Troubles de l'ouïe
§2 b) 6° 6.1 : Dysglossies	§2 e) : Dysphagie
§2 b) 6° 6.2 : Dysarthries	§2 f) : Dysphasie
Autre : .....	

- d'avoir réalisé le(s) test(s) et avoir obtenus les résultats suivants : .....

- de ne pas avoir réalisé de test pour la raison suivante : .....

J'atteste que ce traitement ne rentre pas dans les critères INAMI, pour la raison suivante (exemple : a déjà bénéficié de deux années de traitement autorisable) : .....

Date et signature :

Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  1	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  2	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  3
Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  4	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  5	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  6
Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  7	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  8	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  9
Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  10	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  11	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  12
Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  13	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  14	Date : ____/____/____ Montant : _____ € <i>Signature et cachet du logopède</i>  15

Intervention en vigueur à partir du 01/01/2019 (conditions statutaires).

En cas de non intervention de l'assurance obligatoire, le service accorde aux bénéficiaires 5 € par séance de logopédie ou séance d'audio-thérapie réalisée par un logopède suivant la méthode « Tomatis », à concurrence d'un montant total de 375€ par année civile et par bénéficiaire.

Ces interventions sont octroyées sur présentation d'une pièce justificative émanant du logopède.

Pour bénéficier de cette intervention, il faut être en règle de cotisations à La Complémentaire.

*Cadre réservé à la mutualité*

Code prestation	Libellé	Code prestation	Libellé
802012	Logopédie sans AO	802001	Logopédie avec AO

