

**FORMULAIRE DE DEMANDE¹ D'INTERVENTION DANS LE COUT DE
PRESTATIONS DE LOGOPEDIE²**

IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

Nom – Prénom :

Rue et n° :

Code postal et commune :

Date de naissance :

Réservé à la vignette délivrée par l'organisme assureur

1. Nom de la/du logopède qui exécute le bilan et/ou la/les séance(s) de traitement :

Adresse professionnelle :

Numéro d'agrément :

2. L'intervention demandée concerne :

un bilan initial

..... bilan(s) d'évolution ³

un bilan de rechute

des séances de traitement :

une première demande à partir du ⁴ :

une demande de prolongation à partir du ⁴ :

Date et signature du bénéficiaire ou de son mandataire

Réservé au médecin-conseil

Date de réception de la présente demande :

Décision :

favorable

autre :

¹ Ce formulaire doit être rempli et signé par le bénéficiaire. Ensuite le bénéficiaire doit l'envoyer au médecin-conseil de son organisme assureur.

² A ce formulaire de demande, la prescription médicale et le bilan logopédique doivent être joints.

³ Indiquer le nombre de bilans d'évolution pour lequel une intervention est demandée.

⁴ Remplir la date du début du traitement.