

Prescription médicale dans le cadre d'une prise en charge logopédique (bilan initial / traitement logopédique / prolongation)

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que

.....(nom et prénom du patient)

Date de naissance du patient :

doit bénéficier d'un **bilan logopédique initial**

d'un **traitement logopédique** sur base du bilan réalisé le

par

d'une **prolongation**

(ne cocher qu'une seule possibilité)

Le jour-même de la présente prescription, le patient ne se trouve dans aucune des cinq situations décrites ci-après

- suit un enseignement spécialisé (pour les troubles prévus aux §2, b), 2°, §2, b), 3°, et §2, f) ;
- est traité et/ou hébergé dans une institution reconnue et subsidiée par les communautés/régions et dans laquelle la fonction « logopède » est comprise dans les normes d'agrément ;
- est hospitalisé dans un service agréé sous l'un des indices G, T, A, Sp ou K ;
- séjourne en MSP, en MRSA ou en MRS ;
- est rééduqué dans un établissement ayant conclu avec l'INAMI une convention couvrant notamment le traitement par une logopède. Cette exclusion ne vaut pas pour les bénéficiaires présentant des troubles décrits au §2, b), 6°, 6.3 et §2, d).

Veillez cocher la case adéquate	N° aticle nomenclature §2	Pathologies	Quota de séances de 30 minutes*	Remarques
	a) 1.2.3.	Langage adulte	55	
	b) 1°	Aphasie	288	
	b) 2°	Langage oral	190	jusque 17 ans révolus
	b) 3°	Dyslexie/dysorthographe/dyscalculie	140	jusque 17 ans révolus
	b) 4°	Fentes	30 75/accord	avant 3 ans 8 accords d'un an à partir de 3 ans
	b) 5°	Radiothérapie	55	
	b) 6° 6.1	Dysglossies	149	
	6.2	Dysarthries	176	
	6.3	Troubles chroniques	520	par accord de deux ans
	6.4	Bégaiement	128	
	6.5	Troubles oromyofonctionnels	20	
	c) 1°	Laryngectomie	90	
	c) 2°	Troubles vocaux	80	
	d)	Ouïe	520 520	pour les 2 premières années pour les renouvellements de 2 ans
	e)	Dysphagie	65	
	f)	Dysphasie	384 192	pour les deux premières années pour les renouvellements de 2 ans jusque 17 ans révolus
	g)	Locked-in-Syndrome (LIS)	150 100	pour la première année pour les renouvellements de 1 an

*Le nombre de séances nécessaires au bilan initial est compris dans le quota de séances de 30 minutes.

Identification du prescripteur

Nom et prénom :

N° INAMI :

Date :

Cachet + signature