**Annexe 99**

NOTIFICATION DE PROLONGATION DU TRAITEMENT D’UN TROUBLE (art. 36)

1. Renseignements administratifs

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du bénéficiaire** | **Identification du logopède** |
| Nom et prénom :Adresse : Date de naissance :Numéro National :  | Nom et prénom : Adresse : N° de téléphoneEmail : Numéro INAMI : |

2. Déclaration du logopède

Je soussigné(e), …........................................................, logopède, déclare au médecin conseil que je prolonge/j’ai prolongé le traitement du trouble indiqué ci-dessous en date du …....................................... , pour autant que le nombre maximum de séances pour le trouble ne soit pas encore atteint.

J’ai pris connaissance des conditions pour pouvoir attester les prestations dans le cadre du trouble ci-dessous et en particulier de l’article 36, §2 de la nomenclature des prestations de santé.

Je déclare que pour ce bénéficiaire, il est établi qu'une prolongation de traitement logopédique devrait améliorer de façon significative le trouble qui persiste ou ses conséquences.

Je joins la prescription médicale au présent formulaire. Je garde, dans le dossier du patient le rapport d’évolution indiquant que le patient se trouve dans la situation sélectionnée ci-dessous.

Le médecin conseil peut demander des informations complémentaires éventuelles.

3. Trouble logopédique

Sélectionnez ci-dessous le trouble concerné (maximum 1 trouble).

Choose an item.

4. Date et signature du logopède