

# Logopédie - Test de QI

## Demande d'intervention

### Données personnelles

Nom : ..... Prénom : .....  
 Rue : ..... Numéro : ..... Boîte : ..... Index : .....  
 Code Postal : ..... Localité : ..... Pays : .....  
 Tél. : ..... Adresse e-mail : .....  
 Numéro de RN :

N° de compte pour le remboursement:

### A compléter par le prestataire de soins

Nom et prénom du bénéficiaire : .....

**Date de la prestation :**  
 ▪   -   -

**Montant payé \* :**  
 .....

Nom du prestataire : .....

Je, soussigné(e), certifie avoir effectué un test de QI pour le bénéficiaire ci-dessus, dans le cadre d'une demande de remboursement d'un traitement de logopédie pour trouble du langage, catégorie B2 ou dysphasie, catégorie F.

Date :   -   -

Cachet et signature du psychologue :

### Conditions d'intervention :

- Intervention de 20 euros dans le coût d'un test de QI effectué par un psychologue, lorsque ce test est rendu obligatoire pour le remboursement du traitement de logopédie par l'Assurance Soins de Santé Indemnités (971036).
- Remboursable maximum 1 fois par bénéficiaire

\* Le prestataire est tenu d'au moins indiquer la mention "oui" si un montant minimum de 20 euros a été réclamé.

Nous traiterons ces données conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. A l'exception des données médicales et sociales personnelles, ces données pourront être utilisées pour promouvoir des services de la MC et de ses mouvements avec lesquels la MC a conclu un accord de collaboration. Vous avez le droit de consulter ou de corriger les données qui vous concernent.