

FORMULE RELATIVE A LA FOURNITURE D'UN APPAREIL DE CORRECTION AUDITIVE

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

Adresse du titulaire :

.....

Compléter ou apposer la vignette O.A.
.....

Nom et prénom du titulaire :

.....

Organisme assureur :

Numéro d'inscription :

A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR

Nom et prénom du patient :

.....

Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)

(1) Biffer les mentions inutiles.

PRESCRIPTION DES TESTS D'APPAREILS DE CORRECTION AUDITIVE

Je soussigné, médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, déclare

- prescrire les tests d'appareils de correction auditive sur base d'un audiogramme tonal repris au verso de la présente ou annexé;
- que les tests peuvent exceptionnellement et pour des raisons médicales s'effectuer au domicile du bénéficiaire. (1)

Nom et prénom :

Adresse :

N° d'ident. I.N.A.M.I. :

Date :

Signature :

(1) Biffer si non applicable.

ORDONNANCE MEDICALE

Je soussigné, médecin-spécialiste en oto-rhino-laryngologie, déclare prescrire sur base du résultat des tests de correction auditive qui m'ont été soumis, un appareil de correction auditive fonctionnant :

a) par conduction aérienne :

- Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus 679136
- Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans 679151
- Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus 679173
- Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans 679195
- Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus 679210
- Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans 679232

b) par conduction osseuse :

- Supplément 679070

PRESCRIPTEUR

Nom et prénom :

Adresse :

N° d'ident. I.N.A.M.I. :

Date :

Signature :

-RAPPORT DES TESTS

Je soussigné, déclare avoir procédé aux tests d'appareils de correction auditive au cours de la période du et au

a) avoir remis au médecin un rapport détaillé, avec gain chiffré ou toutes autres indications lui permettant de juger de l'efficacité de la correction auditive. (Une copie du rapport détaillé des tests doit être annexée au présent formulaire en vue de permettre au médecin-conseil de l'organisme assureur d'en prendre connaissance au moment où son autorisation définitive sera sollicitée pour l'octroi de l'appareil.) (2);

b) avoir constaté que les tests n'étaient pas concluants (Une copie du rapport détaillé des tests doit être annexée au présent formulaire et dans ce cas l'(es) embout(s) moulé(s) peut (peuvent) être attesté(s) sous la prestation n° 679114.) (2).

Signature.

Cachet du prothésiste-acousticien.

(2) Barrer la mention inutile.

AUTORISATION DU MEDECIN-CONSEIL

Je soussigné, déclare autoriser - ne pas autoriser (3) la fourniture de la prestation n° :

Date et signature.

L'autorisation doit être obligatoirement donnée, préalablement à la fourniture de l'appareil.

(3) Barrer la mention inutile.

Vu pour être annexé au règlement du 6 mars 1995 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Dr J. Riga.

Le Président,
D. Sauer.

Date:

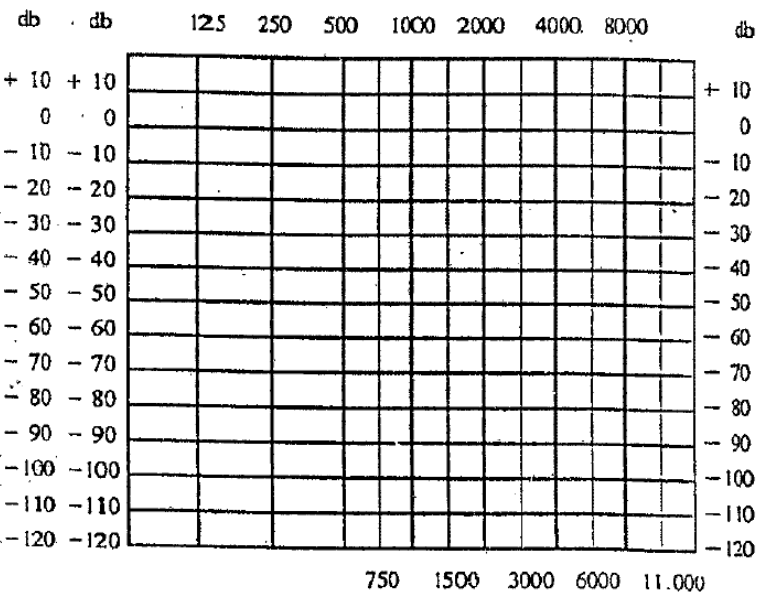
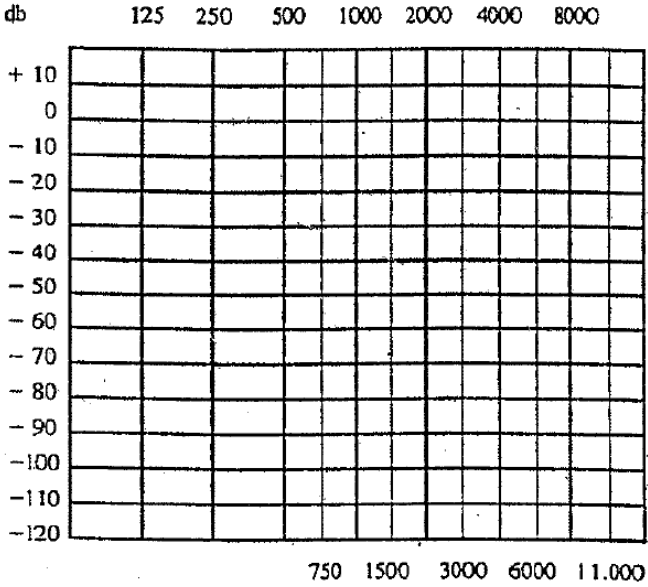
M

 Age

AUDIOMETRIE TONALE

OREILLE DROITE

OREILLE GAUCHE



D G
 conduction aérienne O X
 conduction osseuse []

Autres épreuves

125	250	500	1000	2000	4000	8000

Autres épreuves

12.5	250	500	1000	2000	4000	8000

Vu pour être annexé au règlement du 6 mars 1995 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,
 Dr J. Riga.

Le Président,
 D. Sanet.