

Annexe au Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de sauté et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

## Annexe 17 PRESCRIPTION MEDICALE RELATIVE A LA FOURNITURE D'UN APPAREILLAGE DE CORRECTION AUDITIVE

| Nom et prénom du bénéficiaire: <u>GBLET</u>                                       | Compléter ou apposer la vignette O.A. Organisme assureur: Nom et prénom du bénéficiaire: Adresse du bénéficiaire: Numéro d'inscription de la Sécurité sociale (NISS): பெப்பப்பப்ப |
|---|---|
| RESCRIPTION DES TESTS DE L'APPAREILLAGE DE CORRECTION AUD                         | ITIVĖ   |
| Je soussigné, médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie, déciare              |   |
| $\square$ prescrire les tests d'appareillage de correction auditive sur bese d'un | Nom et prénom médecin prescripteur:   |

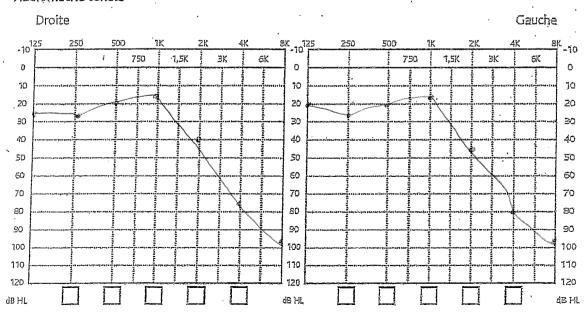
| audiogramme tonal repris ci-dessous ou annexé à la présente;  |
|---|
| que les tests peuvent exceptionnellement et pour les raisons médicales suivantes s'effectuer au domicile du bénéficiaire:   |
| ☐ la règle d'exception a* s'applique (concernant les fréquences);  Fréquences: 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz (biffer la mention inutile)   |
| ☐ la règle d'exception b*s'applique (concernant le déficit du développement de la parole/du langage ou retard scolaire, <18 ans);   |
| ☐ la règie d'exception c <sup>+</sup> s'applique (concernant le rinne audiométrique permanent); Fréquences: 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz (biffér la mention inutile)                                |
| la règle d'exception d' s'applique (concernant le test vocal dans le bruit):  nom de la liste utilisée :  valeur normative pour cette liste :  score du bénéficiaire :  différence par rapport à la norme : |

| Nom et prénom médecin prescripteur:   |
|---|
| Assistant oto-rhino-laryngologie N° INAMI : 1-07571-30-041  |
| <br>Adresse:  |
|   |
| N° d'ident. I:N.A.M.I.: บ บบบบบ บบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบบ   |
| Dr. Marie DOCKX  Dr. Marie DOCKX  Assistant oto-rhino-laryngologie  Assistant oto-rhino-120-041  N° INAMI: 1-07571-30-041 |

## AUDIOMETRIE TONALE

D G
conduction aérienne O X
conduction osseuse

## Audiométrie tonale



Veuillez cocher les trois fréquences utilisées pour calculer la perte auditive moyenne

<sup>\*</sup>Les règles d'exception a-b-c-d se trouvent à l'article 31 de la nomenclature : Il. Conditions de remboursement, 2.1.2 exceptions

## Annexe 17 (suite)

|                  | 2. A COMPLETER PART ADDICIES   | ı  |                     |  |                        |  |
|------------------|--|--|---------------------|--|------------------------|--|
|                  | Je soussigné, déclare  | •  |                     |  |                        |  |
|                  | avoir procédé aux tests d'appareillage de correction auditive au cours de la période duau  |  |                     | Nom et prénom audicien: Adresse:   |                        |  |
| de la période du |  |  |                     | Nº d'ident. I.N.A.M.I.: นายมนบน มน เมนน<br>Date :<br>Signature :                                       |                        |  |
|                  | avoir constaté que les tests n' rapport détaillé des tests doit dans ce cas l'intervention forf des frais matériels consentis pe | être annexée au pré:<br>altaire de l'assurance | sent formulaire et  |  |                        |  |
| 3.               | A COMPLETER PAR LE MÉDECIN P   | RESCRIPTEUR - PR                               | ESCRIPTION DE L     | 'APPAREILLAGE  |                        |  |
| 5.               | Je soussigné, médecin-spécialiste e<br>sur base du résultat des tests de co<br>appareillage de correction auditive               | n oto-rhino-laryngol<br>orrection auditive qui | ogie, déclare presc | rire   |                        |  |
|                  | a) par conduction aérienne   | Code nomencl.                                  | Pseudocode          |  |                        |  |
|                  | appareilläge monophonique  |  |                     | Adresse:   |                        |  |
|                  |  |  |                     |  |                        |  |
|                  | appareillage stéréophonique  | <u> </u>                                       | ·                   | N° d'ident. I.N.A.M.I.: נו טטעטט נו טטעטט  |                        |  |
|                  | appareillage contralatéral   | 1  |                     | Date: Signature:   |                        |  |
|                  | b) par conduction osseuse  | <u>.</u>                                       | An or all           |  |                        |  |
|                  | intervention complémentaire  |  |                     | ,  |                        |  |
|                  | c) CROS/BICROS   |  |                     |  |                        |  |
|                  | intervention complémentaire  | ,  |                     |  | ÷.                     |  |
| 4.               | ORGANISME ASSUREUR   |  |                     |  |                        |  |
| Ī                | Médecin-conseil  |  |                     | Engagement de paiement L'organisme assureur s'engage à rembourser le                                   | s montants relatifs à  |  |
|                  | Je soussigné, déclare  |  |                     | l'exécution de(s) prestation(s) mentionnée(s)  | ci-contre, suivant les |  |
|                  | □ autoriser .  |  |                     | conditions prévues par la réglementation en<br>obligatoire maladie et invalidité. Pour les numéro      | matière d'assurance    |  |
|                  | ne pas autoriser   |  |                     | obligatoire maiadie et invalidite. Pour les Mattrett<br>l'âge, la date de délivrance est déterminante. | os de presencion nes a |  |
|                  | la fourniture de la prestation n°:   |  |                     | Nom et signature du responsable de la mutualité  | }                      |  |
| -                |  | · ·  |                     |  |                        |  |
|                  | Date, nom et signature du médecin-con  | seil,  |                     |  |                        |  |
|                  |  | ,  |                     |  |                        |  |
|                  |  |  | _                   |  | •                      |  |
|                  |  |  | . •                 |  |                        |  |
|                  |  |  |                     |  |                        |  |
|                  |  |  |                     | date:  |                        |  |