

Annexe 17

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

1. A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR

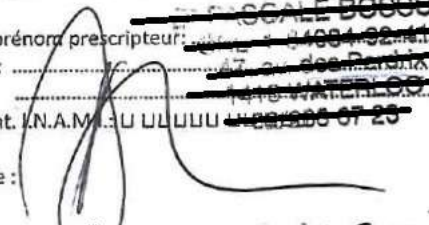
Nom et prénom du patient: **TEST**

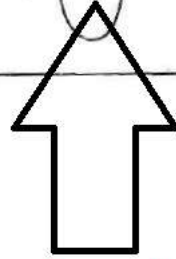
Compléter ou apposer la vignette O.A.  
 Organisme assureur: .....  
 Nom et prénom du titulaire: .....  
 Adresse du titulaire: .....  
 Numéro d'inscription de la Sécurité sociale (NISS): UUUUUUUUUUUU

PRESCRIPTION DES TESTS DE L'APPAREILLAGE DE CORRECTION AUDITIVE

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

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

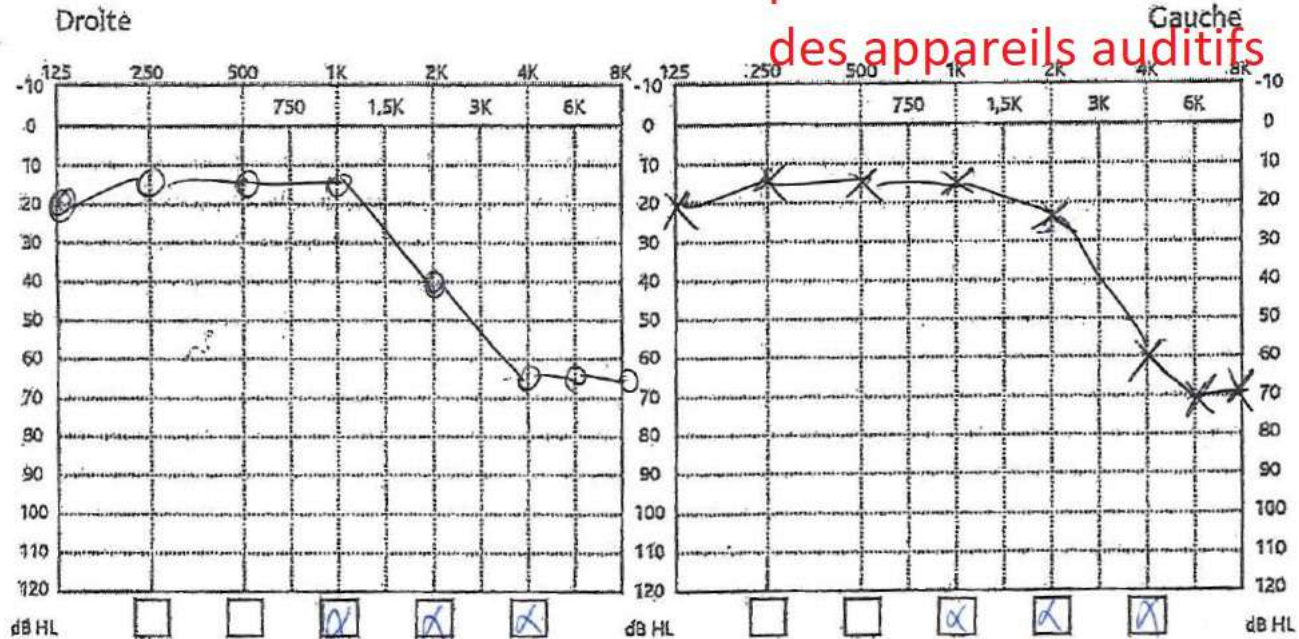
~~DR. SCALE BOCCUET~~  
 Nom et prénom prescripteur: ~~DR. SCALE BOCCUET~~  
 Adresse: ~~17 rue des Remparts~~  
~~14000 NANCY~~  
 N° d'ident. I.N.A.M.: U U U U U U ~~22505 67 23~~  
 Date: .....  
 Signature:   
 1.4.20.



AUDIOMETRIE TONALE

conduction aérienne      D      G  
    O      X  
 conduction osseuse           

Audiométrie tonale



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

Le cachet de l'ORL vous permet de faire un essai des appareils auditifs

# En cas d'essai positif l'audicien remplit cette partie à destination de l'ORL

Annexe 17 (suite)

## 2. A COMPLETER PAR L'AUDICIEN

Je soussigné, déclare

- avoir procédé aux tests d'appareillage de correction auditive au cours de la période du 16/12/20 au 31/1/2020
- 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, et le cas échéant, le questionnaire COSI doit (doivent) être annexé(s) 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).
- 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'intervention forfaitaire de l'assurance pour une partie des frais matériels consentis peut être attestée.)

Nom et prénom audicien: .....  
 Adresse : .....  
 N° d'ident. I.N.A.M.I.: 0 00000 00 0000  
 Date : 31/1/2020  
 Signature : AG

125 Boulevard Harbord, Strassler 1000  
 Tel: 0212011111 Fax: 027915336  
 info@bancassurance-accident-orientation.be  
 Alexandre Geny Coste  
 Responsable de l'activité de médiation  
 Numéro de téléphone: 021422-75-700

~~777 832-33 100~~

## 3. A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR - PRESCRIPTION DE L'APPAREILLAGE

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 appareillage de correction auditive fonctionnant:

- a) par conduction aérienne Code nomenclature
- appareillage monophonique
  - appareillage stéréophonique 705074
  - appareillage contralatéral
- b) par conduction osseuse
- supplément

Nom et prénom prescripteur: .....  
 Adresse : .....  
 N° d'ident. I.N.A.M.I.: 0 00000 00 0000  
 Date : .....  
 Signature : O.R.L.

HIS-IZZ - Site ETTERBEEK  
~~1 8 1981 98~~

## 4. ORGANISME ASSUREUR

**Médecin-Conseil**  
 Je soussigné, déclare

- autoriser
- ne pas autoriser

la fourniture de la prestation n°: .....

Date, nom et signature du médecin-conseil, .....

**Engagement de paiement**  
 L'organisme assureur s'engage à rembourser les montants relatifs à l'exécution de(s) prestation(s) mentionnée(s) ci-contre, suivant les conditions prévues par la réglementation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Nom et signature du responsable de la mutualité

date : .....

**Le médecin ORL peut vous prescrire ICI définitivement un appareillage afin de vous permettre un remboursement**

Vu pour être annexé au règlement du 12 novembre 2012  
 Le Fonctionnaire Dirigeant,

Le Président,