

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

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE	A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR																																												
Adresse du titulaire: Compléter ou apposer la vignette O.A. Nom et prénom du titulaire: Organisme assureur: Numéro d'inscription: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Audiométrie</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">Vocale</th> <th style="text-align: center;">Tonale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) par conduction aérienne:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....</td> <td>679136</td> <td></td> <td>679254</td> </tr> <tr> <td>- Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans.....</td> <td>679151</td> <td></td> <td>679276</td> </tr> <tr> <td>- Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....</td> <td>679173</td> <td></td> <td>679291</td> </tr> <tr> <td>- Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans</td> <td>679195</td> <td></td> <td>679313</td> </tr> <tr> <td>- Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....</td> <td>679210</td> <td></td> <td>679335</td> </tr> <tr> <td>- Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans.....</td> <td>679232</td> <td></td> <td>679350</td> </tr> <tr> <td>b) par conduction osseuse:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Supplément</td> <td>679070</td> <td></td> <td>679372</td> </tr> </tbody> </table> PRESCRIPTEUR Nom et prénom: Adresse: N° d'ident. I.N.A.M.I.: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Date: Signature:			Audiométrie				Vocale	Tonale	a) par conduction aérienne:				- Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....	679136		679254	- Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans.....	679151		679276	- Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....	679173		679291	- Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	679195		679313	- Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....	679210		679335	- Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans.....	679232		679350	b) par conduction osseuse:				- Supplément	679070		679372
		Audiométrie																																											
		Vocale	Tonale																																										
a) par conduction aérienne:																																													
- Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....	679136		679254																																										
- Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans.....	679151		679276																																										
- Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....	679173		679291																																										
- Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	679195		679313																																										
- Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 18 ans et plus.....	679210		679335																																										
- Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans.....	679232		679350																																										
b) par conduction osseuse:																																													
- Supplément	679070		679372																																										
RAPPORT DES TESTS Je soussigné, déclare avoir procédé aux tests d'appareils de correction auditive au cours de la période de au et 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'(les) embout(s) moulé(s) peut(peuvent) être attesté(s) sous la prestation n° 679114). (2) Cachet du prothésiste-acousticien Signature,	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.																																												
(2) Barrer la mention inutile	(3) Barrer la mention inutile																																												

Annexe 17 (suite)

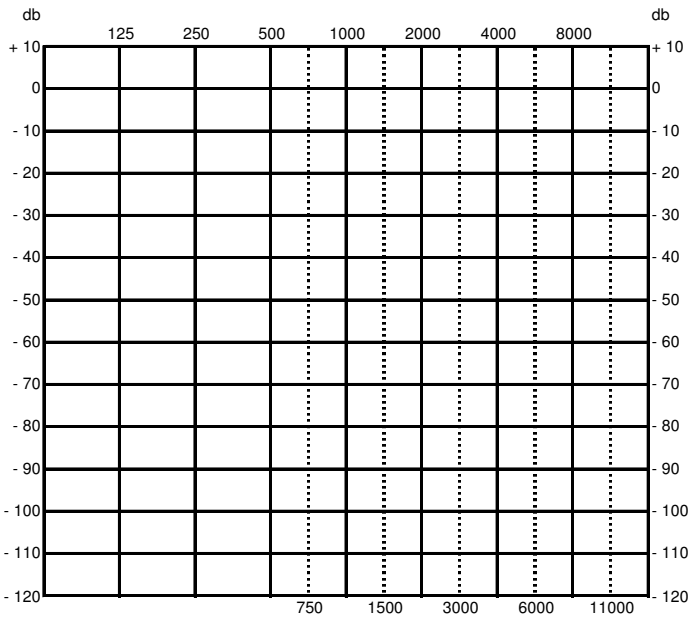
Date:

M.

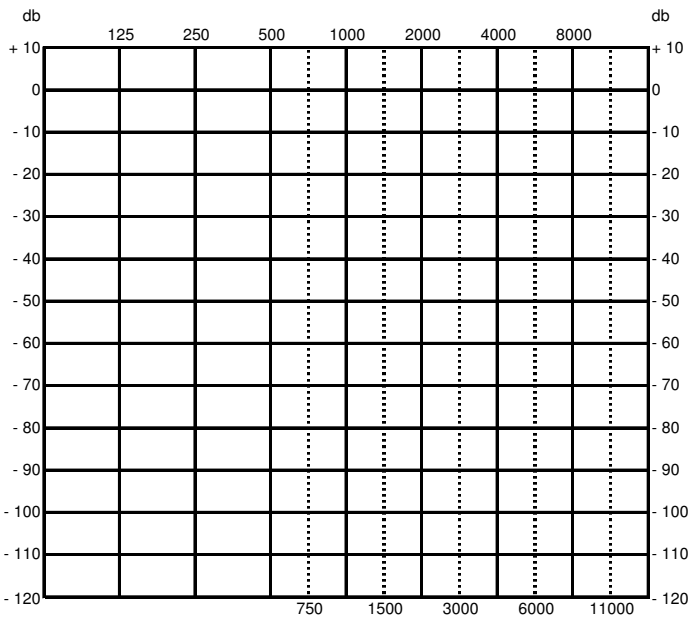
 Age:

AUDIOMETRIE TONALE

OREILLE DROITE



OREILLE GAUCHE



D G
 conduction aérienne O X
 conduction osseuse □ □

.....

