

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 3131

[C – 2006/22755]

17 JULI 2006. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 6, 7°, 7<sup>e</sup> streep;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 17 juli 2006,

Besluit :

**Artikel 1.** Bijlage 17 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen door de bijlage die hierbij is gevoegd.

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op 1 september 2006.

Brussel, 17 juli 2006.

De Leidend Ambtenaar,

De voorzitter,

H. De Ridder

D. Sauer

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 3131

[C – 2006/22755]

17 JUILLET 2006. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 6, 7°, 7<sup>e</sup> tiret;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 17 juillet 2006,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'annexe 17 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est remplacée par l'annexe ci-jointe.

**Art. 2.** Le présent règlement entre en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2006.

Bruxelles, le 17 juillet 2006.

Le fonctionnaire dirigeant,

Le président,

H. De Ridder

D. Sauer

**Bijlage 17**

**FORMULIER VOOR DE AFLEVERING VAN EEN TOESTEL TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR**

**AAN TE VULLEN DOOR DE GERECHTIGDE**

Adres van de gerechtigde : .....

Hierna invullen of kleeftbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de gerechtigde : .....

Verzekeringsinstelling : .....

Inschrijvingsnummer

**IN TE VULLEN DOOR DE VOORSCHRIJVER**

Naam en voornaam van de patiënt : .....

Gerechtigde - Echtgenote - Kind - Ascendent (1)

(1) Schrappen wat niet past.

**VOORSCHRIFT VOOR DE TESTEN VAN TOESTELLEN TER CORRECTIE VAN HET GEHOOR**

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist voor otorhinolaryngologie, verklaar

- de testen van toestellen ter correctie van het gehoor voor te schrijven op basis van een op de versozijde overgenomen of bijgevoegd tonaal audiogram;
- dat de testen bij wijze van uitzondering en om medische redenen bij de rechthebbende thuis kan geschieden. (1)

Naam en voornaam : .....

Adres : .....

R.I.Z.I.V. ident. nr. :

Datum : .....

Handtekening : .....

(1) Doorhalen indien niet toepasbaar.

**GENEESKUNDIG VOORSCHRIFT**

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist voor otorhinolaryngologie, verklaar op basis van het resultaat van de testen inzake gehoorcorrectie welke hem zijn voorgelegd, een toestel ter correctie van het gehoor voor te schrijven, dat werkt :

|   | Audiometrie |        |
|---|-------------|--------|
|   | Vocale      | Tonale |
| a) met luchtgeleiding :   |             |        |
| - Monofonisch toestel voor rechthebbenden van 18 jaar en ouder.....   | 679136      | 679254 |
| - Monofonisch toestel voor rechthebbenden jonger dan 18 jaar.....   | 679151      | 679276 |
| - Stereofonisch toestel voor rechthebbenden van 18 jaar en ouder.....   | 679173      | 679291 |
| - Stereofonisch toestel voor rechthebbenden jonger dan 18 jaar.....   | 679195      | 679313 |
| - Contralateraal toestel ten opzichte van de vorige aflevering om over te stappen op de stereofonische toerusting voor rechthebbenden van 18 jaar en ouder..... | 679210      | 679335 |
| - Contralateraal toestel ten opzichte van de vorige aflevering om over te stappen op de stereofonische toerusting voor rechthebbenden, jonger dan 18 jaar.....  | 679232      | 679350 |
| b) met beengeleiding :  |             |        |
| - Bijslag.....  | 679070      | 679372 |

**VOORSCHRIJVER**

Naam en voornaam : .....

Adres : .....

R.I.Z.I.V. ident. nr. :

Datum : .....

Handtekening : .....

**VERSLAG OVER DE TESTEN**

Ik ondergetekende verklaar de testen van toestellen ter correctie van het gehoor te hebben verricht tijdens de periode van ..... tot ..... en .....

a) de geneesheer een omstandig verslag te hebben bezorgd met de becijferde winst of alle andere aanwijzingen aan de hand waarvan hij de doeltreffendheid van de gehoorcorrectie kan beoordelen. (Een afschrift van het omstandig verslag over de testen moet bij dit formulier worden gevoegd opdat de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling er kennis kan van nemen wanneer om zijn definitieve toestemming voor de toekenning van het toestel wordt verzocht.) (2);

b) vastgesteld te hebben dat de resultaten van de testen onvoldoende waren. (Een afschrift van het omstandig verslag over de testen moet bij dit formulier worden gevoegd en in dat geval kan het (de) individueel gevormde gehoorstukje(s) geattesteerd worden onder de verstrekking nr. 679114.) (2).

Handtekening. ....

Stempel van de gehoorprothesist. ....

(2) Doorhalen wat niet past.

**TOESTEMMING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER**

Ik ondergetekende verklaar in te stemmen - niet in te stemmen met (3) het afleveren van de verstrekking nr. ....

Datum en handtekening. ....

De toestemming moet nodig worden gegeven vóór de aflevering van het toestel.

(3) Doorhalen wat niet past.

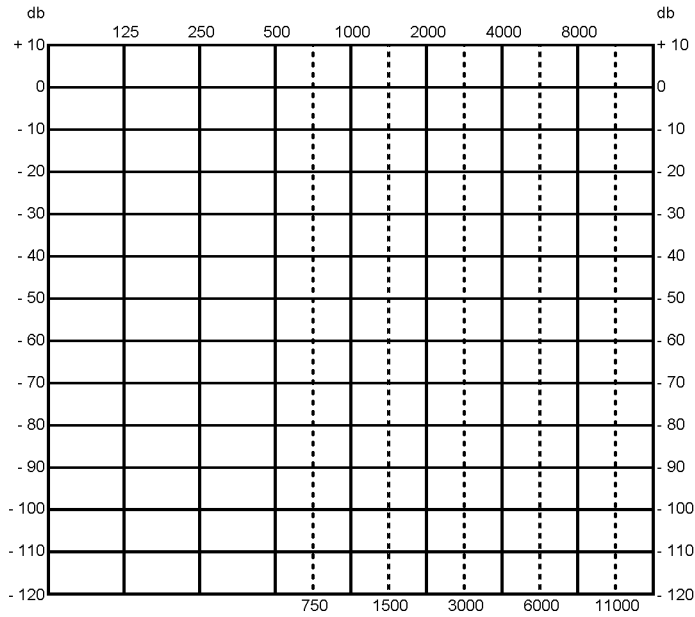
Bijlage 17 (vervolg)

Datum:

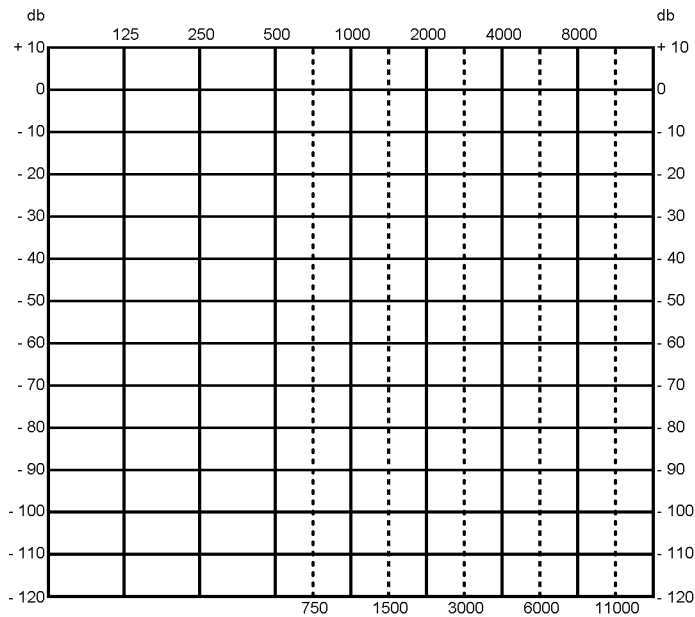
M. ....  
 .....  
 ..... Leeftijd: .....

TOONAUDIOMETRIE

RECHTER OOR



LINKER OOR



D            G  
 luchtgeleiding    O            X  
 beengeleiding    □            □

|     |     |     |      |      |      |      |
|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|     |     |     |      |      |      |      |
|     |     |     |      |      |      |      |
|     |     |     |      |      |      |      |

|     |     |     |      |      |      |      |
|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|     |     |     |      |      |      |      |
|     |     |     |      |      |      |      |
|     |     |     |      |      |      |      |

.....  
 .....  
 .....

Annexe 17

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: L L L L L L L L L L L L L L L L

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.: L L L L L L L L L L L L L L L L

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:

|  | 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 |

PRESCRIPTEUR

Nom et prénom: .....

Adresse: .....

N° d'ident. I.N.A.M.I.: L L L L L L L L L L L L L L L L

Date: .....

Signature: .....

RAPPORT DES TESTS

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

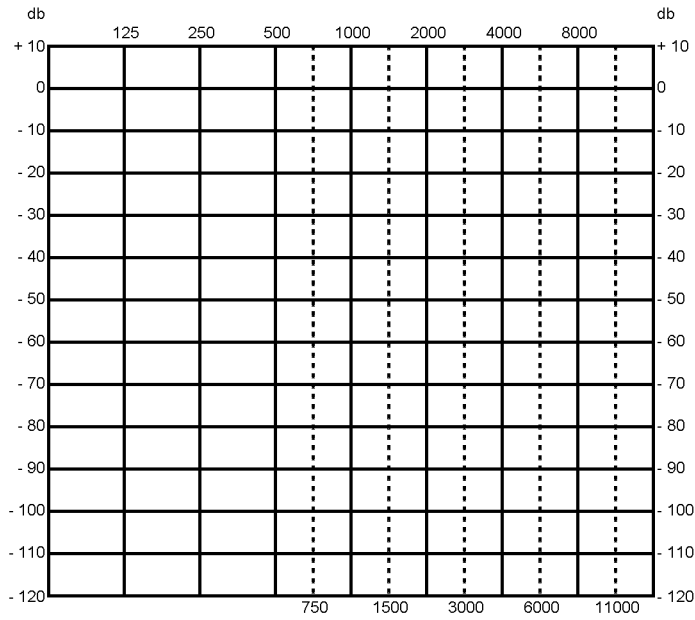
Annexe 17 (suite)

Date: \_\_\_\_\_

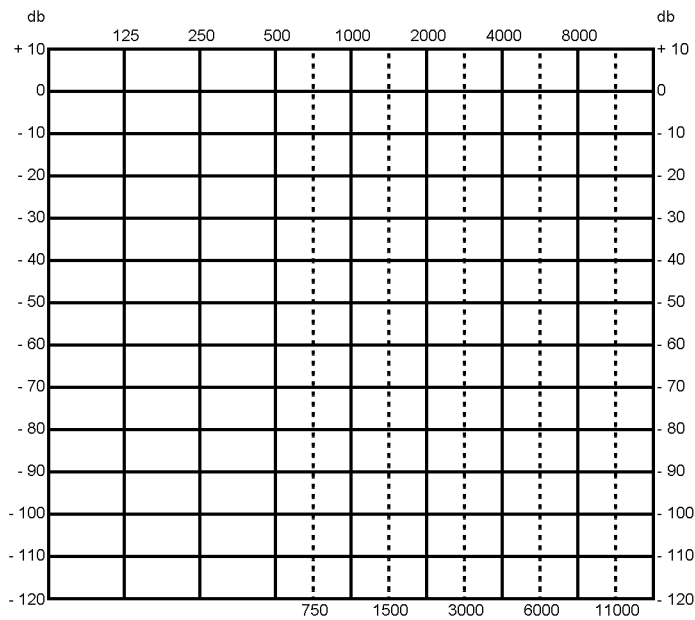
M. ....  
 .....  
 ..... Age: .....

AUDIOMETRIE TONALE

OREILLE DROITE



OREILLE GAUCHE



D            G  
 conduction aérienne    O            X  
 conduction osseuse    □            □

|     |     |     |      |      |      |      |
|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|     |     |     |      |      |      |      |
|     |     |     |      |      |      |      |
|     |     |     |      |      |      |      |

|     |     |     |      |      |      |      |
|-----|-----|-----|------|------|------|------|
| 125 | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|     |     |     |      |      |      |      |
|     |     |     |      |      |      |      |
|     |     |     |      |      |      |      |

.....  
 .....  
 .....