**FORMULIER C-Form-I-14**

**Aanvraag voor het bekomen van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van de vervanging van een actief middenoorimplantaat of de spraakprocessor van een actief middenoorimplantaat die niet door de verplichte verzekering werd terugbetaald,** **en waarvoor een akkoord van het College van artsen-directeurs vereist is [[1]](#footnote-1).**

*(Gelieve dit formulier elektronisch in te vullen en af te drukken, of in hoofdletters in te vullen)*

* Te versturen naar, voorafgaand aan of na de implantatie :
  + het College van artsen-directeurs (RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging, ter attentie van de voorzitter van het College van Artsen-directeurs, Team individuele dossiers, Galileelaan 5/01 in 1210 Brussel).

***Identificatie van de verplegingsinrichting/arts-specialist***

Naam van de verplegingsinrichting : ……

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710 ……

Naam en voornaam van de arts-specialist : … …

RIZIV nr. van de arts-specialist : ……

Email-adres : ……

Telefoon (secretariaat dienst) : ……

***Identificatie van de rechthebbende***

Naam : ……

Voornaam : ……

Identificatienummer van het Rijksregister : ……

Geboortedatum : Click here to enter a date.

Geslacht : ……

Verzekeringsinstelling: ……

***Datum van de (geplande) verstrekking*** :

Click here to enter a date.

Nog te bepalen

***Aanvraag voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor een actief middenoorimplantaat of de spraakprocessor van een actief middenoorimplantaat die niet door de verplichte verzekering werd terugbetaald:***

Type van het gevraagde toestel : ……

Identificatiecode : ……

Voor  het Linker oor

het Rechter oor

Verstrekking voor:

vervanging van spraakprocessor

vervanging van geïmplanteerd deel

Deze aanvraag bevat in bijlage:

De documenten van de eerste implantatie waaruit blijkt dat deze eerste implantatie aan de criteria van terugbetaling voldeed.

Een formulier C-Form-I-07 en in geval van vervanging van de spraakprocessor eveneens formulier C-Form-I-13, zodat blijkt dat de rechthebbende aan de criteria van terugbetaling voldeed.

**Verbintenissen:**

**De aanvraag is conform alle bepalingen van het opschrift 1 “Criteria betreffende de inrichting” van de vergoedingsvoorwaarde C-§09 van de lijst.**

Gedaan te *(plaats)*  op *(datum)*

…… Click here to enter a date.

|  |
| --- |
| *Naam, voornaam, handtekening en stempel van de arts-specialist voor ORL die*  *de implantatie heeft uitgevoerd.* |

1. Zie punt 4.2.3. van de vergoedingsvoorwaarden C-§09. [↑](#footnote-ref-1)