

*En ce qui concerne l'entrée en vigueur (1.2.2019) du A.R. 25.11.2018 - M.B. 14.12.2018, les dispositions transitoires suivantes sont d'application :*

Le bénéficiaire n'a pas droit à une intervention pour une première délivrance d'un appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux, si par le passé, une délivrance d'un appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux a déjà eu lieu.

*En ce qui concerne l'entrée en vigueur (1.10.2021) de l'A.R. du 30.05.2021 – M.B. 02.07.2021, les dispositions transitoires suivantes sont d'application :*

1° Pour les appareils auditifs prescrits avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté mais délivrés après cette date, le code de la nomenclature et le pseudocode doivent être utilisés, conformément aux dispositions prévues à l'article 1er, 2°, 3° et 4°;

2° La bonne combinaison entre le code de nomenclature et le pseudocode est établie sur base de la table de concordance approuvée par le Comité de l'assurance Soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

"**Article 31.** Sont considérés comme relevant de la compétence des audiciens (S):"

"A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

## **I. LISTE DES PRESTATIONS ENTRANT EN LIGNE DE COMPTE POUR UN REMBOURSEMENT**

### 1.1. Appareillage de correction auditive

679151	679162	Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	S	416	"
705515	705526	Appareillage monophonique pour les bénéficiaires à partir de 18 ans et moins de 65 ans	S	416	
705530	705541	Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de 65 ans et plus	S	416	
679195	679206	Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	S	824	
705552	705563	Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires à partir de 18 ans et moins de 65 ans	S	824	
705574	705585	Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 65 ans et plus	S	824	
679232	679243	Appareillage controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	S	408	
705596	705600	Appareillage controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires à partir de 18 ans et moins de 65	S	408	
705611	705622	Appareillage controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 65 ans et plus	S	408	

### 1.2. Interventions complémentaires

705633	705644	Intervention complémentaire de l'assurance par oreille appareillée en conduction osseuse sans ancrage osseux	S	56	
--------	--------	--	---	----	--

---

705655	705666	Intervention complémentaire de l'assurance pour le premier appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	S	932
705670	705681	Intervention complémentaire de l'assurance pour le premier appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux pour les bénéficiaires à partir de 18 ans et moins de 65 ans	S	416
705692	705703	Intervention complémentaire de l'assurance pour le premier appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux pour les bénéficiaires de 65 ans et plus	S	416
705714	705725	Intervention complémentaire de l'assurance pour le renouvellement d'un appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	S	614
705736	705740	Intervention complémentaire de l'assurance pour le renouvellement d'un appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux pour les bénéficiaires à partir de 18 ans et moins de 65 ans	S	249
705751	705762	Intervention complémentaire de l'assurance pour le renouvellement d'un appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux pour les bénéficiaires de 65 ans et plus	S	249
679416	679420	Intervention complémentaire de l'assurance pour le microphone (avec ou sans fil) pour une adaptation CROS/BICROS	S	73

### 1.3. Intervention forfaitaire de l'assurance

679615	679626	Intervention forfaitaire de l'assurance pour une partie des frais matériels consentis lorsqu'en définitive aucun appareil auditif n'est délivré après les tests	S	53 "
--------	--------	---	---	------

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

## "II. CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

### 2.1. Perte auditive"

"A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

LISTE DE PSEUDOCODES PERTE AUDITIVE D'AU MOINS 40dB		
	Audiométrie vocale possible	Audiométrie vocale impossible
Perte auditive ≥40db	706414-706425	716413-716424
LISTE DE PSEUDOCODES PERTE AUDITIVE INFÉRIEURE À 40db		
Exception a (fréquences)	706436-706440	716435-716446
Exception b (déficit du développement de la parole/du langage ou retard scolaire <18 ans)	706451-706462	716450-716461
Exception c (rinne audiométrique permanent)	706473-706484	716472-716483
Exception d (test vocal dans le bruit)	706495-706506	716494-716505

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

#### 2.1.1. Généralités

Une intervention de l'assurance est accordée pour un appareillage de correction auditive en cas de perte auditive de 40 dB minimum (moyenne des mesures aux fréquences de 1 000, 2 000 et 4 000 Hertz) constatée à l'oreille à appareiller, sur la base d'une audiométrie tonale.

"A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"Pour chaque prestation sous 1.1. portée en compte, en plus du numéro de nomenclature de la prestation, le pseudocode de l'exception doit également être attesté. Si aucune exception n'est applicable et que l'audiométrie vocale est possible, le pseudocode 706414-706425 doit être attesté.

Si aucune exception ne s'applique et que l'audiométrie vocale est impossible à réaliser chez le bénéficiaire pour des raisons médicales, le pseudocode 716413-716424 est attesté en plus du numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1.

Si plusieurs exceptions s'appliquent, seule la première exception est attestée au moyen d'un pseudocode selon l'ordre figurant au point 2.1.2. L'exception a prime sur les exceptions b, c et d ; l'exception b prime sur les exceptions c et d ; et l'exception c prime sur l'exception d. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

### 2.1.2. Exceptions

Une intervention de l'assurance pour un appareillage de correction auditive est également accordée en cas de perte auditive inférieure à 40 dB (moyenne des mesures aux fréquences de 1 000, 2 000 et 4 000 Hertz) à l'oreille à appareiller dans les cas suivants :

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"a. Chez le bénéficiaire, pour lequel une audiométrie tonale montre que la perte auditive moyenne s'élève à 40 dB au moins sur la moyenne de trois des cinq fréquences suivantes : 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019) + "A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"Si l'audiométrie vocale peut être réalisée avec le bénéficiaire, le numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1. et le pseudocode 706436-706440 sont attestés. Si l'audiométrie vocale est impossible chez le bénéficiaire pour des raisons médicales, le numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1. et le pseudocode 716435-716446 sont attestés. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"b. Chez le bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, pour lequel une perte auditive permanente - au moins trois mois - est observée et qui a un impact négatif sur le développement de la parole ou du langage ou lorsqu'un lien est constaté entre le déficit auditif et le retard scolaire. "

"A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"Le médecin prescripteur documente, dans le dossier médical du bénéficiaire, la perte auditive permanente ainsi que son impact sur le développement de la parole ou du langage ou son lien avec le retard scolaire. Ces informations peuvent être demandées par le médecin-conseil et/ou le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Si l'audiométrie vocale peut être réalisée avec le bénéficiaire, le numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1. et le pseudocode 706451-706462 sont attestés. Si l'audiométrie vocale est impossible chez le bénéficiaire pour des raisons médicales, le numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1. et le pseudocode 716450-716461 sont attestés."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"c. Chez le bénéficiaire, pour lequel une audiométrie tonale montre un Rinne audiométrique permanent de 30 dB sur la moyenne de trois des cinq fréquences suivantes : 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hz. Ce Rinne audiométrique est indépendant de la perte auditive en conduction aérienne."

"A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"Si l'audiométrie vocale peut être réalisée avec le bénéficiaire, le numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1. et le pseudocode 706473-706484 sont attestés. Si l'audiométrie vocale est impossible chez le bénéficiaire pour des raisons médicales, le numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1. et le pseudocode 716472-716483 sont attestés."

"A.R. 26.5.2015" (en vigueur 1.8.2015)

"d. Chez le bénéficiaire jusqu'au 65ème anniversaire qui éprouve une difficulté au test vocal dans le bruit de plus de 3 dB par rapport à la norme. La norme est validée par des listes de mots spécifiques qui sont elles-mêmes normées pour l'audiométrie vocale dans le bruit. L'audiométrie vocale dans le bruit détermine le rapport signal/bruit pour un indice vocal de 50%, obtenu au casque lorsque la parole et le bruit sont envoyés dans la même oreille (ipsilatéral) et que le niveau de bruit est de 60 dB SPL.

Cette règle est également d'application pour les bénéficiaires qui au moment de la délivrance ont plus de 65 ans mais pour lesquels la règle ci-dessus était déjà d'application avant leur 65ème anniversaire.

En cas d'adaptation stéréo, quand pour au moins une des oreilles, une des exceptions susmentionnées est d'application, c'est le code nomenclature des règles d'exception qui doit être utilisé lors de la demande."

"A.R. 30.5.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"Si l'audiométrie vocale peut être réalisée avec le bénéficiaire, le numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1. et le pseudocode 706495-706506 sont attestés. Si l'audiométrie vocale est impossible chez le bénéficiaire pour des raisons médicales, le numéro de nomenclature de la prestation sous 1.1. et le pseudocode 716494-716505 sont attestés. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

#### "2.1.3. Adaptations CROS et BICROS

L'adaptation CROS (Controlateral Routing of Offside Signals), est un système où le signal est capté (via un microphone) à l'oreille qui n'est plus appareillable et transféré vers la meilleure oreille. Si la meilleure oreille fonctionne elle aussi moins bien, le signal peut également être capté de ce côté-là par un deuxième microphone. On parle alors d'adaptation BICROS.

En cas de montage CROS ou BICROS, la plus mauvaise oreille doit être prise en considération pour déterminer si la perte auditive atteint le seuil nécessaire pour entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 26.5.2015" (en vigueur 1.8.2015)

"L'intervention complémentaire pour l'adaptation CROS ou BICROS peut uniquement être attestée en complément d'un appareillage monophonique."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

#### "2.2. Gain auditif

##### 2.2.1. Généralités

Le rapport du test avec l'appareillage doit démontrer un gain auditif d'au moins 5 dB à l'indice vocal ou un gain de 5 % d'intelligibilité vocale sans adjonction d'une source sonore.

a) Le test avec l'appareillage monophonique comprend une mesure effectuée en champ libre sans et avec l'appareillage monophonique.

b) Le test avec l'appareillage stéréophonique comprend une mesure binaurale effectuée en champ libre sans et avec l'appareillage stéréophonique.

Le rapport du test avec l'appareillage stéréophonique doit démontrer une localisation de la source sonore objectivement plus précise qu'avec l'appareillage monophonique. Cette localisation est exprimée en degrés ou en pourcentage. Une amélioration d'au moins 10° ou 10 % avec l'appareillage stéréophonique par rapport à l'appareillage monophonique doit être démontrée par un test de localisation (IGLS, CLT ou autre test comparable). Cela peut être démontré avec un signal à large bande passante (par exemple un signal vocal, bruit,...) ou un signal à bande étroite à haute fréquence (1 000 Hz ou plus).

### 2.2.2. Exceptions

Dans les cas suivants, la plus-value d'un appareillage peut être démontrée d'une autre manière"

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 26.5.2015" (en vigueur 1.8.2015)

"a) Pour les enfants âgés de moins de 6 ans ou les bénéficiaires ayant un âge mental inférieur à 6 ans, une audiométrie vocale et un test de localisation ne sont pas nécessaires. Pour ces bénéficiaires, le gain auditif, l'amélioration de la localisation et la plus-value d'un appareillage peuvent être démontrés ou motivés par l'audicien au moyen d'un test d'observation ou d'autres tests adaptés"

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019)

"Pour les bénéficiaires ayant un âge mental inférieur à 6 ans, une attestation de l'âge mental doit être conservée dans le dossier médical chez le prescripteur. Cette attestation peut être demandée par le médecin-conseil et/ou le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 26.5.2015" (en vigueur 1.8.2015)

"b) Pour tous les bénéficiaires âgés de plus de 6 ans et de moins de 18 ans ayant une perte auditive permanente inférieure à 40 dB, une audiométrie vocale dans le bruit peut également être effectuée. Le test avec l'appareillage, réalisé en champ libre, avec un bruit de 60 dB SPL envoyé dans le même haut-parleur que le signal doit démontrer une amélioration :

- de 2 dB du rapport signal-bruit pour un score de 50 % ou
- de 10 % d'intelligibilité vocale du rapport signal-bruit sur le SRT (Speech Reception Threshold)."

"A.R. 26.5.2015" (en vigueur 1.8.2015)

"c) Pour les bénéficiaires souffrant d'une perte auditive permanente de moins de 40 dB et qui au test vocal dans le bruit éprouve une difficulté de plus de 3 dB par rapport à la norme pour les listes vocales spécifiques, une audiométrie vocale dans le bruit peut être réalisée en champ libre avec un bruit de 60 dB SPL envoyé dans le même haut-parleur que le signal. L'amélioration doit être de :

- 2 dB du rapport signal-bruit pour un score de 50 % ou
- 10 % d'intelligibilité vocale du rapport signal-bruit sur le SRT (Speech Reception Threshold)."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 26.5.2015" (en vigueur 1.8.2015)

"d) Pour des raisons médicales notées dans le rapport de test, si toute audiométrie vocale de contrôle d'efficacité significative est impossible à réaliser, il y a lieu d'effectuer une audiométrie tonale en champ libre. Sur la base de cette audiométrie tonale en champ libre, l'appareillage doit apporter, aux mêmes fréquences pour lesquelles une perte auditive est mesurée (2.1), un gain moyen minimum de 10 dB. S'exprimer dans une autre langue que celle du test d'audiométrie n'est pas une raison valable pour ne pas réaliser d'audiométrie vocale. Dans ce cas, des listes 'non-sense' peuvent éventuellement être utilisées."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

### 2.3. Appareil controlatéral

#### 2.3.1. Généralités

Une intervention de l'assurance est accordée pour un appareil controlatéral pour passage à un appareillage stéréophonique après la fourniture d'un appareillage monophonique. Cette intervention de l'assurance n'est possible que si les trois conditions suivantes sont remplies :

1. L'oreille non appareillée doit satisfaire aux conditions reprises au point 2.1. La mise en évidence du gain auditif répondra aux conditions visées au point 2.2.b concernant l'appareillage stéréophonique."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 31.8.2022" (en vigueur 1.11.2022)

"2. Au moment de la délivrance de l'appareillage monophonique, le bénéficiaire ne répondait pas aux conditions d'accès à une intervention de l'assurance pour un appareillage stéréophonique, ou il existait, à l'une des deux oreilles, une contre-indication médicale temporaire à un appareillage stéréophonique. Le médecin prescripteur, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a mentionné cette contre-indication médicale temporaire sur un document joint à la prescription originale et l'a documentée dans le dossier médical du bénéficiaire. Lorsque cette contre-indication médicale temporaire ne s'applique plus et que le bénéficiaire se voit prescrire un appareillage controlatéral, ceci doit être mentionné par le médecin prescripteur, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, sur un document joint à la prescription et ceci est documenté dans le dossier médical."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

"3. L'appareillage controlatéral est délivré au minimum 1 an et au plus tard 4 ans après la délivrance de l'appareillage monophonique.

### 2.3.2. Exceptions

1. Il est possible qu'après la fourniture d'un appareillage monophonique, dans une période de transition entre une adaptation avec un implant cochléaire et une adaptation avec un appareil auditif classique, le bénéficiaire n'opte finalement pas pour une adaptation avec un implant cochléaire mais bien pour une adaptation avec un appareil auditif à l'oreille non encore appareillée. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.12.2019)

"Dans ce cas, le bénéficiaire qui répond aux conditions relatives à l'intervention de l'assurance pour un implant cochléaire après fourniture d'un appareillage monophonique peut toujours passer à un appareillage stéréophonique. Le dossier de demande contient au minimum l'avis motivé d'une équipe multidisciplinaire se composant d'au moins un logopède, un audicien et un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

"2. Si le bénéficiaire ayant un appareillage stéréophonique décide, au moment d'un renouvellement anticipé en raison d'une aggravation d'au moins 20 dB, de ne renouveler qu'un seul appareil et que par conséquent un appareillage monophonique est remboursé, un renouvellement de l'autre appareil est possible au plus tard 4 ans après la fourniture du nouvel appareillage monophonique.

Dans ces deux cas également, l'audicien doit attester un appareillage controlatéral."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019) + Erratum M.B. 18.2.2019

### "2.4. Intervention complémentaire de l'assurance pour conduction osseuse

Lors de la délivrance d'un appareillage en conduction osseuse sans ancrage osseux, le bénéficiaire a droit à une intervention de l'assurance pour un appareillage en conduction aérienne et à une intervention complémentaire de l'assurance par oreille appareillée en conduction osseuse sans ancrage osseux.

Lors de la délivrance d'un appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux, le bénéficiaire a droit à une intervention de l'assurance pour un appareillage en conduction aérienne et à une intervention complémentaire de l'assurance par appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux.

Les appareils en conduction osseuse avec couplage par aimant sont considérés comme un appareillage en conduction osseuse sans ancrage osseux."

"A.R. 20.1.2021" (en vigueur 1.4.2021)

Pour les bénéficiaires âgés de moins de 7 ans, lorsque l'intention est de passer à un appareil à ancrage osseux mais que cela n'est pas encore médicalement possible, un appareillage doté d'un audio-processeur adapté à l'ancrage osseux doit être considéré comme un appareillage avec ancrage osseux. Ces bénéficiaires ont donc droit à une intervention de l'assurance pour un appareillage en conduction aérienne et à une intervention complémentaire de l'assurance par appareillage en conduction osseuse avec ancrage osseux. Le médecin prescripteur, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, consigne dans le dossier médical du bénéficiaire que l'ancrage osseux est temporairement impossible du point de vue médical. Ces informations peuvent être demandées par le médecin-conseil et/ou le Service d'évaluation et de contrôle médical de l'Institut national d'assurance maladie et invalidité.

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

#### "2.5. Intervention forfaitaire de l'assurance pour une partie des frais matériels

Quand après la période de test obligatoire visée au point 3.4. aucun appareil n'est délivré, une intervention forfaitaire de l'assurance peut être accordée pour une partie des frais matériels consentis (embouts individuels adaptés, haut-parleurs, coquilles, etc.).

Pour que cette intervention forfaitaire soit octroyée, la prescription pour les tests et l'attestation de fourniture doivent être transmises à la mutualité.

Cette intervention forfaitaire de l'assurance ne nécessite pas l'accord du médecin-conseil. Il sera néanmoins vérifié que le bénéficiaire satisfait aux conditions reprises au point 2.1.

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

Cette intervention forfaitaire de l'assurance ne peut être accordée qu'une seule fois par an, par bénéficiaire dans chaque centre auditif sollicité.

Quand aucun appareillage n'est remboursé aucun supplément ne peut être porté en compte au bénéficiaire, à l'exception du remplacement des batteries/piles."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 26.5.2015" (en vigueur 1.8.2015)

"Cette intervention forfaitaire de l'assurance ne peut être accordée que sur base d'une prescription médicale pour les tests."

"A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019) + Erratum M.B. 18.4.2019

#### "2.6 Dossier du patient

L'intervention de l'assurance est uniquement due quand l'audicien dispose d'un dossier du patient et si celui-ci contient tous les services minima à délivrer lors de l'adaptation d'un appareil auditif, avec mention de la date de la fourniture du service et l'identification de l'audicien. Les services minima à délivrer lors de l'adaptation d'un appareil auditif (SLA) sont fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs.

Si le dossier d'un même bénéficiaire est suivi conjointement par plusieurs audiciens, c'est l'audicien qui introduit la demande d'intervention de l'assurance qui est le responsable final pour la tenue à jour des éléments du dossier relatifs à tous les services minima à délivrer lors de l'adaptation d'un appareil auditif.

Sans préjudice des délais de conservation fixés par d'autres réglementations, le dossier du patient doit être conservé par l'audicien durant au moins 5 ans.

Le dossier du patient contient au moins les éléments suivants:

L'anamnèse

Le questionnaire COSI (annexe 17bis)

Une copie du rapport de test (rapport d'essai vers le prescripteur)

Preuve de l'essai (bon de mise à l'essai)

Une copie de la prescription (annexe 17)

L'attestation de fourniture (annexe 12)

Les résultats de test et adaptations pendant le suivi

Le format du dossier du patient n'est pas soumis à des exigences formelles."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

### **"III. PROCEDURE DE DEMANDE**

#### **3.1. Procédure générale**

Pour avoir droit à une intervention de l'assurance, le bénéficiaire doit suivre la procédure suivante :

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019)

"Le bénéficiaire atteint de troubles de l'audition subit des tests auditifs chez un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie. En fonction des résultats des tests auditifs, le médecin spécialiste rédigera une prescription pour tester l'appareillage. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

"Muni de cette prescription, le bénéficiaire se rend chez un audicien en vue de tester un appareillage. Le cas échéant, un questionnaire COSI sera rempli. À l'issue de la période d'essai l'audicien rédige un rapport de test. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019)

"Sur la base des résultats figurant dans le rapport de test et, éventuellement, des réponses au questionnaire, le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie peut rédiger une prescription médicale pour l'appareillage.

L'audicien introduira ensuite une demande d'intervention de l'assurance auprès du médecin-conseil. Ce n'est qu'après obtention de l'accord du médecin-conseil que l'audicien pourra procéder à la délivrance définitive de l'appareillage. Tout appareillage délivré définitivement avant la décision du médecin-conseil est exclu de l'intervention de l'assurance.

#### **3.2. Prescription pour les tests**

Un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie soumet le bénéficiaire à une audiométrie tonale. Si celle-ci répond aux conditions visées au point 2.1., le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie peut rédiger une prescription pour tester l'appareillage. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

"Concernant les enfants âgés de moins de 6 ans ou les bénéficiaires ayant un âge mental de moins de 6 ans chez lesquels l'audiométrie tonale n'est pas réalisable, une audiométrie tonale n'est pas nécessaire.

"A.R. 30.7.2021" (en vigueur 1.10.2021)

"Pour les bénéficiaires qui ne peuvent pas se déplacer pour des raisons médicales, le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie autorise via la prescription que les tests se déroulent exceptionnellement au domicile (domicile de remplacement, résidence temporaire ou définitive). Le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie doit indiquer la raison médicale sur la prescription et la motiver de manière détaillée dans le dossier médical qu'il conserve. Cette motivation peut être demandée par le médecin-conseil et/ou le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie invalidité. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

### 3.3. Questionnaire COSI

Le bénéficiaire complète le questionnaire standardisé COSI, avec l'aide éventuelle de l'audicien. Le questionnaire a pour but de conseiller et d'informer le bénéficiaire dans le choix d'un appareillage.

Le questionnaire standardisé COSI est obligatoire pour les bénéficiaires à partir de 18 ans. Si le questionnaire pour les bénéficiaires à partir de 18 ans ne peut pas être complété, le motif doit être mentionné dans le rapport de test. De même le choix de l'appareillage demandé doit être motivé et on doit préciser dans quelle mesure l'appareillage permet les objectifs visés.

### 3.4. Période de test

L'intervention de l'assurance pour un appareillage peut être accordée uniquement si celui-ci a été testé par le bénéficiaire pendant une période d'essai d'au moins deux semaines. La délivrance d'un appareillage ou un test manqué met fin à la période de test.

Il faut au moins qu'un set gratuit de batteries/piles soit fourni, avec lequel l'appareillage peut être testé au moins 14 jours.

### 3.5. Rapport de tests

L'audicien stipule dans le rapport de tests le gain auditif obtenu (voir point 2.2.) en chiffres, complété éventuellement par des courbes. L'audicien doit également décrire les résultats des mesures sans appareillage et les résultats des mesures avec appareillage.

La moyenne d'heures par jour pendant lesquelles l'appareillage a été porté à la fin de la période de tests doit aussi être mentionnée dans le rapport.

### 3.6. Prescription médicale pour l'appareillage

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.12.2019)

Les prestations visées au point 1 doivent être prescrites par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie et seulement après réception par ce dernier du rapport des tests et, le cas échéant, du questionnaire COSI complété.

Le médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie doit revoir les bénéficiaires âgés de moins de 18 ans et présentant une perte auditive permanente inférieure à 40 dB tels que visés au point 2.1.2.a., après la période de tests afin d'évaluer l'efficacité de la correction auditive.

### 3.7. Accord du médecin-conseil

La demande d'intervention de l'assurance pour un appareil est adressée au médecin-conseil.

Le médecin-conseil évalue la demande sur la base de la prescription médicale et d'une copie du rapport de tests et, le cas échéant, vérifie si un questionnaire COSI est présent.

Le médecin-conseil communique sa réponse par écrit, tant au bénéficiaire qu'à l'audicien, dans les quinze jours ouvrables (le cachet de la poste faisant foi) qui suivent la demande. Cette réponse peut inclure une des décisions suivantes :

- la demande est approuvée.
- la demande est rejetée et le refus est motivé de manière circonstanciée.

- la demande est incomplète ou nécessite des informations complémentaires. Dans ce cas, le médecin-conseil dispose à nouveau de quinze jours ouvrables (le cachet de la poste faisant foi) à partir de la date de réception des éléments complétant le dossier pour prendre sa décision.

En l'absence de réponse du médecin-conseil dans les délais prescrits, la demande introduite est approuvée.

### 3.8. Fourniture de l'appareillage

Pour avoir droit à une intervention de l'assurance, le bénéficiaire doit avoir reçu l'approbation du médecin-conseil avant la fourniture de l'appareillage. Le fait de donner à l'essai un appareillage au bénéficiaire ne peut pas être considéré comme une fourniture. On entend par fourniture la vente proprement dite d'un appareillage qu'il n'est dès lors plus possible de rendre à l'audicien. Lors de la fourniture définitive, l'attestation de fourniture est signée par l'audicien et le bénéficiaire.

La fourniture doit avoir lieu dans un délai de septante-cinq jours ouvrables après la date de l'approbation par le médecin-conseil, sauf cas de force majeure démontré.

Si le bénéficiaire souhaite la délivrance d'un appareillage avant l'accord du médecin conseil, l'audicien doit prévenir le bénéficiaire que dans ces conditions, l'appareillage sera complètement à sa charge."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

## **IV. DOCUMENTS DE DEMANDE**

### 4.1. Prescription pour les tests et prescription médicale"

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019)

"La prescription pour les tests et la prescription médicale sont rédigées par un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

"Pour établir la prescription pour les tests, l'audiométrie tonale et la prescription médicale, le modèle défini par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions audiciens - organismes assureurs doit être utilisé.

La prescription pour les tests reste valable six mois à partir de la date de prescription.

La prescription médicale pour l'appareillage reste valable deux mois à partir de la date de prescription.

Ces durées de validité concernent la période maximale acceptée entre la date des deux prescriptions et la date de réception de ces prescriptions par l'audicien.

Si ces deux prescriptions sont en la possession de l'audicien dans les délais susmentionnés, elles restent valables jusqu'à la fin de la procédure de demande, même si cette procédure dure plus longtemps que les délais de validité prévus ci-dessus pour les prescriptions.

### 4.2. Rapport de tests

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.12.2019)

"Un rapport de tests détaillé est transmis au médecin prescripteur. Ce rapport de tests contient toutes les données permettant au prescripteur d'évaluer l'efficacité de la correction auditive. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

#### "4.3. Questionnaire COSI"

Le cas échéant, pour établir le questionnaire COSI, le modèle défini par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de conventions audiciens - organismes assureurs doit être utilisé.

#### 4.4. Attestation de fourniture

L'attestation de fourniture est établie par l'audicien.

Le bénéficiaire, ou son représentant, et l'audicien signent l'attestation de fourniture originale.

Sur l'attestation de fourniture et la facture doivent figurer les données suivantes :

- le code unique d'identification,
- la marque et le type de l'appareil.

Toute modification de ces données, pouvant notamment découler d'une réparation ou d'un échange de l'appareil, doit être communiquée par écrit au bénéficiaire. L'audicien doit conserver ces données dans le dossier du bénéficiaire.

Pour établir l'attestation de fourniture, le modèle défini par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention audiciens - organismes assureurs doit être utilisé."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

#### "V. DELAIS DE RENOUVELLEMENT"

##### 5.1. Généralités

Une intervention de l'assurance pour un appareillage monophonique ou stéréophonique peut être à nouveau octroyée dans un délai de :

- 3 ans suivant la date de la fourniture antérieure pour les bénéficiaires qui n'ont pas atteint l'âge de dix-huit ans au moment de la fourniture antérieure;
- 5 ans suivant la date de la fourniture antérieure pour les bénéficiaires âgés de dix-huit ans ou plus au moment de la fourniture antérieure.

##### 5.2. Exceptions

a) La fourniture d'un appareil controlatéral n'a aucune incidence sur ces délais de renouvellement. Lors de la fourniture d'un appareil controlatéral, les délais de renouvellement susmentionnés sont applicables à partir de la date de fourniture de l'appareillage monophonique initial. "

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019)

"b) Lorsqu'un premier appareil de correction auditive de type boîtier a été fourni avant l'âge de 3 ans, un appareil supplémentaire d'un autre type que le type boîtier peut être remboursé une fois pour l'enfant de moins de 6 ans, avant l'expiration du délai de renouvellement de 3 ans. Chaque demande d'appareil supplémentaire doit être soumise au médecin-conseil et être accompagnée d'un rapport démontrant l'évolution de la perte auditive du bénéficiaire.

##### 5.3. Renouvellement anticipé

Une intervention de l'assurance pour un appareillage monophonique ou stéréophonique peut toujours être renouvelée lorsque :

- le patient présente, à au moins une des oreilles appareillées pour laquelle une intervention de l'assurance a été octroyée, une aggravation d'au moins 20 dB sur la moyenne de trois des cinq fréquences suivantes : 250 / 500 / 1 000 / 2 000 / 4 000 Hertz, par rapport à la perte constatée lors de la fourniture précédente. Une motivation circonstanciée est ajoutée à la procédure de demande habituelle à l'intention du médecin-conseil.

- pour des raisons médicales, le bénéficiaire doit passer d'un appareil à conduction aérienne à un appareil à conduction osseuse ou inversement. Une attestation d'un médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie est jointe à la procédure de demande habituelle à l'intention du médecin-conseil, comme repris aux points 3 et 4."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

#### **VI. CARACTERISTIQUES MINIMALES REQUISES POUR LES APPAREILS AUDITIFS REMBOURSABLES**

Une intervention de l'assurance est accordée uniquement si les appareils auditifs possèdent les caractéristiques suivantes :

1. Les appareils de correction auditive doivent être numériques, à l'exception des appareils auditifs très puissants et des appareils de correction auditive par conduction osseuse.

Les appareils auditifs très puissants de type analogique doivent permettre de corriger, à une des deux oreilles, une perte auditive d'au moins 75 dB ou un Rinne permanent de 30 dB ou plus en combinaison avec une perte auditive d'au moins 60 dB.

2. Ils doivent être conçus et présentés de telle façon qu'ils permettent un emploi normal de 5 ans. Il ne peut s'agir d'appareils de réemploi."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012) + "A.R. 25.11.2018" (en vigueur 1.2.2019)

"3. Les appareils auditifs doivent être munis d'un contrôle de tonalité d'origine, ainsi que d'un limiteur de sortie qui peut être réglé par l'audicien, à l'aide de trimmers protégés par un cache ou par ordinateur.

4. A l'exception des appareils auditifs très puissants et des appareils de correction auditive par conduction osseuse, les appareils de correction auditive doivent :

- avoir une bande passante minimale jusqu'à 5 500 Hz;
- pouvoir être équipés d'un système d'amplification non linéaire (AGCI avec point d'inflexion inférieur à 60 dB SPL = compression à champ dynamique) ayant pour but de s'adapter automatiquement à l'environnement acoustique
- avoir un niveau de distorsion inférieur à 5 % aux fréquences 800 - 1 600 Hz."

"A.R. 22.10.2012" (en vigueur 1.12.2012)

#### **VII. GARANTIE ET SERVICE APRES-VENTE**

L'appareillage fourni au bénéficiaire est garanti pour une durée de deux ans contre tout défaut de fabrication pour une utilisation normale, à l'exception des accessoires externes (p.ex. fils, petits haut-parleurs externes, microphones externes et embouts ou coquilles sur mesure;...). Les frais de réparation après ces deux ans sont intégralement à charge du bénéficiaire.

Le prix facturé couvre, en cas d'utilisation normale, le suivi de l'appareillage par l'audicien pendant toute la période de renouvellement. Par suivi, il convient d'entendre au moins les réglages en fonction de l'évolution de la perte auditive ou des changements acoustiques de l'environnement de vie/travail du bénéficiaire."

"A.R. 16.9.2015" (en vigueur 11.10.2015)

### **"VIII. PROCEDURE DE DEMANDE POUR LA LISTE DES PRODUITS ADMIS**

Pour être remboursés par l'assurance maladie, les appareils de correction auditive doivent figurer sur la liste des produits admis, approuvée par le Comité de l'assurance Soins de santé sur proposition de la Commission de conventions audiciens - organismes assureurs.

Cette liste est mise à jour de manière continue

Préalablement à toute demande d'admission, un formulaire d'engagement, conforme au modèle fixé par le Comité de l'assurance Soins de santé sur proposition de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs, doit être rempli pour chaque marque du distributeur.

Pour qu'un produit figure sur la liste des produits admis au remboursement, le distributeur doit introduire un dossier par produit auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité - Secrétariat de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs.

Le dossier doit comprendre les éléments suivants :

1. Un formulaire de demande d'admission, conforme au modèle fixé par le Comité de l'assurance Soins de santé sur proposition de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs.

2. Le type et la marque de l'appareil. S'il s'agit d'un produit Private label, il faut mentionner en plus le type et la marque ainsi que le numéro d'identification du produit original.

(Private label : Produit ayant les mêmes caractéristiques techniques qu'un produit original du fabricant et vendu sous un autre nom que le produit original)

3. Une copie de la décision de prix maximum autorisé, donnée par le Ministre de l'Economie.

4. Le niveau technologique dans la gamme du distributeur (1 : faible niveau - 5 : haut niveau).

5. La déclaration de conformité CE. S'il s'agit d'un produit Private label, il faut joindre la déclaration de conformité CE du produit original.

6. La fiche technique du produit est basée sur la norme IEC (International Electrotechnical Commission) 60118. Sur cette fiche, on retrouve, à côté de la description complète du type d'appareil auditif, la bande passante et le niveau de distorsion aux fréquences de 800 et 1 600 Hz.

7. L'engagement par écrit que le mode d'emploi comprenant, dans les trois langues nationales, toutes les indications mentionnées à l'annexe I, point 13, de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux, est disponible.

8. Une documentation supplémentaire qui montre que l'appareil peut être équipé d'un système d'amplification non linéaire (AGCI avec point d'inflexion inférieur à 60 dB SPL = compression à champ dynamique) ayant pour but de s'adapter automatiquement à l'environnement acoustique. Ceci peut éventuellement se faire via une capture de l'écran de logiciel de réglage. Cette documentation supplémentaire est uniquement nécessaire si l'information ne figure pas sur la fiche technique.

Le formulaire d'engagement et le formulaire de demande d'admission peuvent être demandés auprès du secrétariat de la Commission de conventions audiciens-organismes assureurs au Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Chaque demande doit être dûment complétée, datée et signée et doit contenir tous les renseignements et documents demandés. Le secrétariat vérifie si la demande est complète. Si elle ne l'est pas, le distributeur est informé dans les meilleurs délais des éléments manquants. Ce n'est que lorsque le dossier est complet qu'il est transmis à la Commission de conventions audiciens - organismes assureurs.

La Commission de conventions audiciens-organismes assureurs détermine - sur base des caractéristiques médicales, techniques et fonctionnelles décrites dans le dossier de demande - si le produit peut être repris sur la liste des produits admis au remboursement.

La Commission de conventions audiciens - organismes assureurs est habilitée à tout moment à demander toute information qu'elle juge utile.

La Commission de conventions audiciens-organismes assureurs transmet la proposition d'admission sur la liste des produits agréés au Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Chaque modification concernant un produit doit être communiquée directement au secrétariat.

Si le produit n'est plus distribué, le distributeur doit prévenir le secrétariat dans les plus brefs délais. Avant d'être supprimé de la liste, le produit concerné y figurera encore pendant 1 an.

La Commission de conventions audiciens - organismes assureurs peut demander à tout moment au distributeur d'actualiser la liste de ses produits."

"A.R. 6.9.2021" (en vigueur 1.11.2021)

"En l'absence de réaction du distributeur à la demande d'actualisation de la liste de ses produits dans un délai de 10 jours ouvrables, un rappel écrit lui est envoyé. En l'absence de réaction du distributeur à ce rappel dans un délai de 10 jours ouvrables, ses produits sont supprimés de la liste. Avant d'être supprimé de la liste, le produit concerné y figurera encore pendant 1 an."