



**INDICAZIONI PER LA CORRETTA GESTIONE DELLE PRESCRIZIONI PROTESICHE E
RELATIVA FATTURAZIONE DELLE FORNITURE
A FAVORE DI ASSISTITI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI BRESCIA
DA DITTE FORNITRICI DI ELENCO 1 (DM 332/99)
CON SEDE FUORI REGIONE LOMBARDIA**

INDICAZIONI PER ASSISTITO E FORNITORE

SUPI - Servizio Unificato Protesica e Integrativa – ASST Spedali Civili

Gennaio 2023

PREMESSA

Nell'ambito delle evoluzioni del sistema socio-sanitario lombardo conseguenti alla L.R. 23/2015, per il governo dell'assistenza protesica e integrativa nell'intero territorio della Provincia di Brescia dal 01/01/2020 sono individuati:

- l'ASST Spedali Civili di Brescia, cui dovranno confluire le forniture di Elenco 1 DM 332/99 afferenti agli ambiti territoriali della stessa ASST Spedali Civili di Brescia e quelle afferenti agli ambiti di ASST Franciacorta, ASST Garda e ASST Valcamonica;
- Il Servizio Unificato Protesica e Integrativa (di seguito SUPI) presso l'ASST Spedali Civili di Brescia, quale servizio unificato di governo di detta assistenza, si avvale degli Uffici Protesica attivi nei 13 Presidi Territoriali delle 4 suddette ASST.

Riferimenti:

Denominazione	Sede	Tel.	E-mail
Servizio Unificato di Protesica e Integrativa	Brescia - Piazzale Spedali Civili 1 (Scala 3 – piano terra)	030 3998547	territorio.protesica@asst-spedalivicili.it

Nel caso in cui l'assistito scelga di rivolgersi ad un fornitore di Elenco 1 D.M. 332/99 avente sede al di fuori della Regione Lombardia, il Modello O3 (on-line o cartaceo), che il medico prescrittore rilascia in occasione della prescrizione di ausili protesici, è utilizzabile solo se autorizzato dall'Ufficio Protesica di residenza (vedasi nota a pag. 2 del Mod. O3).

Si evidenzia che il presente documento è trasmesso dal Servizio Bilancio e Risorse a tutti i fornitori di Elenco 1 DM 332/99, in occasione della comunicazione del n. d'ordine NSO annuale.

Al fine di agevolare l'assistito e il fornitore nel percorso da seguire si forniscono le seguenti indicazioni:

1) OTTENUTA LA PRESCRIZIONE:

- **l'assistito** presenta la prescrizione (Mod.O3) al fornitore il quale è tenuto a verificare che lo stesso:
 - riporti nome, cognome, codice fiscale, Struttura di appartenenza, data e firma autografa del prescrittore;
 - sia stato emesso entro i 365 giorni precedenti la data di ricezione da parte del fornitore: in caso contrario l'assistito dovrà essere indirizzato al prescrittore;
 - contenga presidi in numero adeguato, appropriati e correttamente codificati, oltre alle eventuali note necessarie alla realizzazione di una corretta fornitura.

- **Il fornitore** redige, su Mod.O3 oppure separatamente, il preventivo che deve obbligatoriamente contenere per ciascun codice ISO, anche nel caso di fornitura di ausilio **su misura** realizzato dalla Ditta fornitrice con prodotti/componenti **recanti marchio CE**: quantità, costo unitario (al netto di IVA) e scheda tecnica con marca, modello, classificazione CND e codice repertorio.
- **l'assistito** presenta all'Ufficio Protesica competente per residenza: la prescrizione (**in originale** con timbro e firma del medico prescrittore) e il preventivo del fornitore;
- **l'operatore dell'Ufficio Protesica**:
 - gestisce la pratica in Assistant-RL fino allo stato IN EROGAZIONE;
 - appone sul preventivo la data di autorizzazione e tutti i propri riferimenti (cognome e nome, telefono, e-mail, Ufficio Protesica di competenza);
 - recapita al fornitore per le sole forniture di protesi acustiche oltre al modulo di Attestazione di Congruità anche i moduli per Dichiarazione tecnica di funzionalità dell'apparecchio acustico (solo per i rinnovi), Scheda tecnica e Patto Terapeutico per Adulto/Minore;
 - restituisce all'assistito la documentazione (Mod.O3 e preventivo autorizzati) in originale, trattenendone una copia, con la firma dell'assistito per ricevuta documentazione, da archiviare in cartaceo e da allegare alla prescrizione on-line.

Nel caso l'autorizzazione riguardi presidi soggetti a collaudo, fatto salvo quanto al capitolo 5) SEMPLIFICAZIONE COLLAUDO, l'operatore dell'Ufficio Protesica ne informa l'assistito e lo sollecita a rivolgersi prontamente, a fornitura avvenuta, al medico prescrittore che, possibilmente entro 20 giorni dalla fornitura, effettua il collaudo.

2) OTTENUTA L'AUTORIZZAZIONE DALL'UFFICIO PROTESICA TERRITORIALE:

- l'assistito presenta al fornitore la documentazione originale ricevuta dall'Ufficio Protesica.
- il fornitore la completa indicando, per ciascun codice ISO erogato, la relativa data di consegna, marca, modello, classificazione CND e codice repertorio, anche nel caso di fornitura di ausilio **su misura** realizzato dalla Ditta fornitrice con prodotti/componenti **recanti marchio CE**;
- l'assistito appone data e firma per ricevuta sugli originali (sia su Mod. O3 che sul preventivo, se separati), che vengono trattenuti dal fornitore;
- **entro tre giorni lavorativi dall'erogazione, il fornitore recapita alla seguente mail: liquidazioni.protesica@asst-spedalicivili.it copia di tutta la documentazione** affinché sia allegata in Assistant-RL dal competente Presidio Territoriale e vi venga registrata l'avvenuta consegna.

3) EMISSIONE DELLA FATTURA/NOTA DI ACCREDITO ELETTRONICA

Ciascun Fornitore deve emettere fattura per ogni singola pratica AssistantRL (non sono ammesse fatture cumulative mensili).

La fattura va emessa alla data di consegna del bene, entro le date di scadenza fiscale richieste dalla normativa vigente e, deve riportare la tripletta dell'ordine NSO, il numero e data della pratica Assistant RL negli appositi campi di seguito indicati:

2.1.8.1 Numero DDT: Inserire **numero pratica** Assistant-RL

2.1.8.2 Data DDT: Inserire **data erogazione fornitura protesica**.

ORDINE NSO

L'ASST invia annualmente l'ordine valido per le consegne effettuate nell'esercizio di riferimento.

Si ricorda ai fornitori l'inserimento in fattura elettronica dei dati NSO obbligatori nei seguenti campi:

Campo 2.1.2.2: numero ordine

Campo 2.1.2.3: data emissione ordine

Campo 2.1.2.5: codice commessa

Per ulteriori informazioni e/o eventuali chiarimenti rivolgersi a: bilancio.risorse@asst-spedalicivili.it

Con cadenza annuale è richiesta Dichiarazione del Fornitore, firmata digitalmente (o con firma autografa resa unitamente alla copia del documento d'identità del dichiarante), compilata su apposito modulo in formato PDF,

nella quale si dichiara che i Mod. O3 correlati alle fatture elettroniche sono corrispondenti agli originali, conservati presso gli archivi della Ditta Fornitrice per un periodo di 5 anni dalla data di erogazione.

Si evidenzia che la fornitura di presidi per i quali sia stata ottenuta la revisione della prescrizione in AssistantRL, non origina alcuna ulteriore documentazione cartacea. L'eventuale differenza tra quanto previsto dalla prescrizione originale (Mod. O3) e l'importo fatturato trova infatti giustificazione nella revisione registrata in AssistantRL.

In nessun caso la fattura elettronica e la corrispondente documentazione di avvenuta consegna devono far riferimento a forniture erogate in più anni solari.

Per eventuali forniture di competenza dell'esercizio in conclusione, la Ditta è tenuta ad emettere, verso l'ASST di competenza, fattura elettronica separata entro e non oltre il 31.01 del nuovo anno.

4) COLLAUDO

Ottenuti i presidi prescritti:

- se soggetti a collaudo, l'assistito si rivolge al medico prescrittore che effettua il collaudo e:
 - se prescrittore operante in Struttura lombarda, ne registra direttamente l'esito in AssistantRL
 - se prescrittore operante in Struttura di altra regione, lo specialista redige una sintetica relazione nella quale riporta l'esito del collaudo e la recapita all'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale di residenza dell'assistito.
- se non soggetti al collaudo, solo in caso di malfunzionamento o inappropriata del dispositivo, su richiesta dell'assistito o per propria iniziativa lo specialista redige una sintetica relazione nella quale precisa i problemi riscontrati e i correttivi che il fornitore è tenuto ad adottare e la inoltra all'Ufficio Protesica del Presidio Territoriale di residenza dell'assistito.

L'Ufficio Protesica ne notifica tempestivamente copia al fornitore fuori regione interessato, che provvede ai necessari correttivi, e ne allega copia alla pratica AssistantRL.

5) SEMPLIFICAZIONE COLLAUDO

Ai fine della miglior semplificazione Regione Lombardia ha pubblicato le seguenti note:

prot. n. G1.2020.0027041 del 21.07.2020

prot. n. G1.2021.0063042 del 08.11.2021 (semplificazione per dispositivi soggetti a collaudo) e allegato elenco cod. ISO

prot. n. G1.2022.0009663 del 14.02.2022 con allegato fac-simile di modulo unico (*Certificazione di congruità di dispositivo su misura - Dichiarazione di avvenuta consegna, perfetto funzionamento e gradimento della fornitura o predisposti con personalizzazione a cura del tecnico del fornitore*) – vedasi ultima pagina del presente documento – operativa dal 01.04.2022

prot. n. G1.2022.0010588 del 21.02.2022 di integrazione della precedente (modulo unico ritenuto valido anche con timbro e firma di uno solo dei firmatari per il Fornitore: tecnico autorizzato dell'esercizio in cui è erogata la prestazione e/o legale rappresentante).

consultabili sul sito di Regione Lombardia tramite il seguente link:
<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Cittadini/salute-e-prevenzione/normativa-e-documenti-welfare/normativa-documenti-pubblicazioni/normativa-documenti-pubblicazioni>

6) COLLAUDO NEGATIVO

In caso lo specialista esprima parere negativo al collaudo, la Ditta fornitrice è invitata a provvedere prontamente secondo le indicazioni del prescrittore.

Trascorso dal collaudo negativo un periodo pari al tempo massimo di fornitura previsto dal D.M. 332/99 senza che sia stato concluso positivamente il processo, l'Ufficio Protesica competente verifica con il prescrittore, l'assistito e la Ditta fornitrice se lo stesso debba considerarsi ancora in corso di perfezionamento, ovvero se debba considerarsi concluso con esito negativo.

In quest'ultimo caso l'Ufficio Protesica competente inoltra all'Ufficio Ordini/Liquidazioni dell'ASST Spedali Civili di Brescia la richiesta di emissione di nota di accredito nei confronti del fornitore della Ditta con interruzione dei termini di pagamento.

7) PROPRIETA' DEI BENI: INFORMAZIONE ALL'ASSISTITO

Il fornitore è tenuto a precisare all'assistito che, poiché in questo territorio (corrispondente alla provincia di Brescia) è attivo il sistema di ricondizionamento dei dispositivi, in ragione di quanto previsto dal DPCM 12.01.2017, gli stessi sono forniti in comodato d'uso gratuito all'assistito ma restano, laddove ricondizionabili, di proprietà di ASST Spedali Civili di Brescia: a fine utilizzo va quindi garantita la loro restituzione al Magazzino della suddetta ASST tramite segnalazione al Presidio Territoriale di residenza.

----- ATTENZIONE -----

Si evidenzia che in presenza di difformità rispetto alle indicazioni di cui sopra, l'ASST Spedali Civili di Brescia non potrà procedere alla liquidazione della fattura.

Allegati n.6

- All.1: Riferimenti Uffici Protesica Territoriali e Supi
- All.2: Attestazione di Congruità (REDATTO SU CARTA INTESTATA DELLA DITTA)
- All.3: Patto Terapeutico per Adulti
- All.4: Patto Terapeutico per Minori
- All.5: Dichiarazione Tecnica di funzionalità dell'apparecchio acustico
- All.6: Scheda Tecnica dell'apparecchio acustico fornito

Redatto a cura del SUPI - Servizio Unificato Protesica e Integrativa – ASST Spedali Civili di Brescia

RIFERIMENTI UFFICI PROTESICA TERRITORIALI e SUPI - SERVIZIO UNIFICATO PROTESICA e INTEGRATIVA DI BRESCIA					Aggiornamento: dicembre 2022	
ASST	PRESIDIO TERRITORIALE	SEDE	RESPONSABILE PRESIDIO TERRITORIALE	RECAPITO TELEFONICO	RECAPITO TELEFONICO PRESIDI TERRITORIALI	INDIRIZZO E-MAIL
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	N. 1 Brescia Centro	Brescia Viale Duca degli Abruzzi 11 cap 25124	Dott.ssa Maria Corti	030/3333633	030/3333726 030/3333754	protesica.bresciacentro@asst-spedalivicivi.it
	N. 2 Brescia Hinterland Ovest	Gussago Via Richiedei 8/b cap 25064	Dott.ssa Maria Soldo	030/2499853	030/2499961 030/2499935	cureprimarie.bresciaovest@asst-spedalivicivi.it
	N. 3 Brescia Hinterland Est	Rezzato Via F.lli Kennedy 115 cap 25086	Dott.ssa Maria Corti	030/2499853	030/2499843 030/2499899	protesica.bresciahinterland@asst-spedalivicivi.it
	N. 4 Valle Trompia	Gardone Val Trompia Via Beretta 3 cap 25063	Dott.ssa Maria Soldo	030/8915322	030/8915336	protesica.valletrompia@asst-spedalivicivi.it
FRANCIACORTA	N. 5 Sebino	Iseo Via Giardini Garibaldi 2 cap 25049	Dott.ssa Nicoletta Marcianò	030/7103515	030/7103518 030/7103517	protesica.iseo@asst-franciacorta.it
	N. 6 Monte Orfano	Palazzolo sull'Oglio Via Lungo Oglio C. Battisti 39 cap 25036	Dott.ssa Rita Romano	030/7103867	030/7103854	protesica.palazzolo@asst-franciacorta.it
	N. 7 Oglio Ovest	Chiari Piazza Martiri della Libertà 25 cap 25032	Dott.ssa Nicoletta Marcianò	030/7103070	030/7103025 030/7103028	protesica.chiari@asst-franciacorta.it
	N. 8 Bassa Bresciana Occidentale	Orzinuovi Via Marconi 27 cap 25034	Dott.ssa Rita Romano	030/7103156	030/7103152 030/7103157	protesica.orzinuovi@asst-franciacorta.it
GARDA	N. 9 Bassa Bresciana Centrale	Leno (presso il Presidio Ospedaliero) Piazza Donatori di Sangue 1 cap 25024	Dott. Augusto Olivetti	030/9116458	030/9116322 030/9116324 030/9116323	protesica.leno@asst-garda.it
	N. 10 Bassa Bresciana Orientale	Montichiari Via Falcone 18 cap 25018	Dott. Augusto Olivetti	030/9116458	030/9116239 030/9116210	protesica.montichiari@asst-garda.it
	N. 11 e N. 12 Garda e Valle Sabbia	Salò Via Fantoni 93 cap 25087	Dott.ssa Cristina Meazzi	030/9116688	030/9116619 030/9116625 030/9116649	protesica.garda@asst-garda.it
VALLECAMONICA	N. 13 Valcamonica	Breno Via Nissolina 2 cap 25043	Dott.ssa Francesca Cremaschini	0364/329357	0364/329207 0364/329361	assistenza.protesica@asst-valcamonica.it
SUPI - Servizio Unificato Protesica e Integrativa			Brescia P.le Spedali Civili, 1 cap 25123	Dott. Dario Botti Gino Strafaci Lucia Ongaro Stefania Beruffi Maria Notaro – Uff.liquidazioni	030/3998474 030/3998743 030/3998547 030/3998548 030/3996414	territorio.protesica@asst-spedalivicivi.it

**ATTESTAZIONE DI CONGRUITÀ DI DISPOSITIVI SU MISURA
DICHIARAZIONE DI AVVENUTA CONSEGNA, PERFETTO FUNZIONAMENTO E
GRADIMENTO DELLA FORNITURA PER DISPOSITIVI PREDISPOSTI CON
PERSONALIZZAZIONE**

Documento da produrre in sostituzione della Dichiarazione di conformità o dei documenti che attestano la marcatura CE apposta sul dispositivo di serie, ai sensi dell'Allegato 12 al DPCM 12.01.2017 e della nota Regione Lombardia 1.2020.0027041 del 21.07.2020, da parte dei Fornitori di dispositivi di Elenco 1 DM 332/99 e dei Fornitori di dispositivi nuovi di Elenco 2A o 2B DPCM 2.01.2017 per i quali il tecnico del fornitore sia intervenuto a personalizzare il dispositivo

In esito alla consegna dei dispositivi di cui alla prescrizione AssistantRL n.

effettuata da questa Ditta

in data a favore dell'assistito (codice fiscale)

SI ATTESTANO

- il **gradimento** della fornitura da parte dell'assistito (o chi per lui);
- la **rispondenza** dei dispositivi alla prescrizione medica ed alla destinazione d'uso in questa prevista;
- il loro **appropriato funzionamento**;
- il **pieno rispetto delle normative** in materia e, in particolare la conformità ai requisiti generali di sicurezza e prestazione stabiliti nell'allegato I del MDR 2017/745

IL LEGALE RAPPRESENTANTE o suo delegato
(timbro e firma leggibile)

.....

L'ASSISTITO
(o chi per lui: specificare il rapporto con l'assistito; firma leggibile)

.....

*Al Fornitore è richiesto di compilare debitamente il presente modulo, farlo sottoscrivere all'assistito o chi per lui, allegarne copia alla prescrizione AssistantRL (per i Fornitori che accedono ad AssistantRL) o (per i Fornitori che NON accedono ad AssistantRL) spedirne copia per e-mail al seguente indirizzo:
e conservarne l'originale a disposizione della competente ASST contabile.*

PATTO TERAPEUTICO PER ADULTI

Il/La sottoscritto/anato/a il è stato informato/a dal medico specialista prescrittore Dott. della necessità di utilizzare la/e protesi prescritte/a per migliorare le proprie capacità di comunicazione. Oltre ai benefici ottenibili sono stati ben descritti i possibili limiti che la protesizzazione comporta soprattutto l’ascolto in ambienti rumorosi e della voce riprodotta come ad esempio la televisione.

Sono stato informato anche sulla necessità di eseguire, a giudizio del medico specialista prescrittore, un trattamento di riabilitazione, oltre ai successivi controlli specialistici previsti e consigliati. Per raggiungere i risultati attesi è fondamentale il mio impegno ad utilizzare la/e protesi con continuità.

Dichiaro di non possedere protesi acustiche idonee a compensare la mia perdita uditiva o perché non né sono mai stato possessore o perché il medico prescrittore ha verificato che quelle in mio possesso non sono più utilizzabili proficuamente.

Confermo di aver preso visione dell’elenco delle Aziende abilitate alla fornitura di protesi acustiche esposto nell’ambulatorio e di aver individuato la ditta fornitrice per libera scelta.

Mi impegno a seguire tutte le procedure, che il medico specialista mi ha dettagliatamente spiegato, necessarie per ottenere la fornitura di protesi. Sono stato inoltre informato di quanto segue:

- di effettuare visita di collaudo al più presto, successivamente alla consegna dell’apparecchio acustico, prendendo appuntamento presso la struttura sanitaria prescrittrice;
- di effettuare visite di controllo successive ed il trattamento riabilitativo previsti e consigliati dal medico specialista;
- L’audioprotesista della ditta fornitrice garantirà l’opportuna regolazione e l’addestramento all’uso corretto della protesi nonché la perfetta funzionalità per il periodo coperto da garanzia.
- Nel corso del periodo di adattamento dell’apparecchio, posso chiedere appuntamento per controlli presso l’audioprotesista.
- La sostituzione dell’apparecchio/i non si applica a guasti o rotture conseguenti ad uso improprio o negligenze da parte mia.
- Il rinnovo anticipato per smarrimento, mal uso, rottura accidentale con irrimediabilità potrà essere effettuato una sola volta nell’intervallo temporale di 5 anni.
- Gli apparecchi forniti in regime di riconducibilità comportano una quota di costo a mio carico, sono di mia proprietà ed ogni eventuale riparazione è a mio carico, eccezion fatta per gli auricolari su misura (chiocciolate).

_____, | | | | | | | | | |
 (firma) _____ PAZIENTE

_____ IL MEDICO SPECIALISTA PRESCRITTORE (Firma e
 Timbro con nominativo e Codice fiscale)
 ENTE OSPEDALIERO

.....Reparto.....
 Tel. E-Mail.....
 Il Tecnico Audioprotesista.....della ditta fornitrice

(Timbro e Firma per presa visione)

Nota Bene: La presente attestazione da consegnare all’assistito per il fornitore, debitamente sottoscritta da parte del tecnico audioprotesista della ditta fornitrice per presa visione, va inserita da parte del fornitore in formato pdf negli “ALLEGATI” della pratica on line corrispondente. L’assenza di detto documento, nei casi previsti, potrebbe comportare ritardi nella liquidazione del pagamento della prestazione.

1 copia cartacea per l’assistito

PATTO TERAPEUTICO PER MINORI DI ANNI 18

I sottoscritti genitori (o esercenti la patria potestà) di.....nato/a il e residente a..... in viasono stati informati dal medico specialista prescrittore Dott.....della necessità di utilizzare, da parte di nostro/a figlio/a, la/e protesizzazione uditiva per migliorare le capacità di comunicazione. Oltre ai benefici ottenibili sono stati ben descritti i possibili limiti che la protesizzazione comporta.

Sono stati anche edotti della necessità di eseguire un periodo di riabilitazione, grazie al quale potrà essere utilizzata con maggior beneficio la protesizzazione prescritta e potranno migliorare le abilità comunicative di nostro figlio/a.

Dichiariamo che nostro figlio/a non ha mai posseduto protesi acustiche utili a compensare la perdita uditiva o perché non né siamo mai stati possessori o perché il medico prescrittore ha verificato che quelle in nostro possesso non sono più utilizzabili proficuamente.

Confermiamo di aver preso visione dell'elenco delle Aziende abilitate alla fornitura di protesi acustiche esposto nell'ambulatorio e di aver individuato la ditta fornitrice per libera scelta.

Ci impegniamo a seguire tutte le procedure, che il medico specialista ci ha dettagliatamente spiegato, necessarie per ottenere la fornitura di protesi. Siamo stati inoltre informati di quanto segue:

- di effettuare visita di collaudo al più presto, successivamente alla consegna dell'apparecchio acustico, prendendo appuntamento presso la struttura sanitaria prescrittrice;
- di effettuare visite di controllo successive ed il trattamento riabilitativo previsti e consigliati dal medico specialista;
- l'audioprotesista della ditta fornitrice garantirà l'opportuna regolazione e l'addestramento all'uso corretto della protesi nonché la perfetta funzionalità per il periodo coperto da garanzia;
- nel corso del periodo di adattamento dell'apparecchio, posso chiedere appuntamento per controlli presso l'audioprotesista;
- sarà nostro compito curare la manutenzione quotidiana e verificare che l'apparecchio abbia una regolare manutenzione.
- la sostituzione dell'apparecchio/i non si applica a guasti o rotture conseguenti ad uso improprio o negligenze da parte mia;
- il rinnovo anticipato per smarrimento, mal uso, rottura accidentale con irrimediabilità potrà essere effettuato su dichiarazione dell'accaduto acquisita dal medico prescrittore;
- gli apparecchi forniti in regime di riconducibilità comportano una quota di costo a mio carico, sono di mia proprietà ed ogni eventuale riparazione è a mio carico, eccezion fatta per gli auricolari su misura (chiocciolate).

_____, | | | | | | | | | | I GENITORI

(firma) _____ IL MEDICO SPECIALISTA PRESCRITTORE

(Firma e Timbro con nominativo e Codice fiscale)
ENTE
OSPEDALIERO.....Reparto.....

.....
Tel. E-
Mail.....

Il Tecnico Audioprotesista.....della ditta fornitrice
.....

(Timbro e Firma per presa visione)
.....

Nota Bene: La presente attestazione da consegnare all'assistito per il fornitore, debitamente sottoscritta da parte del tecnico audioprotesista della ditta fornitrice per presa visione, va inserita da parte del fornitore in formato pdf negli "ALLEGATI" della pratica on line corrispondente. L'assenza di detto documento, nei casi previsti, potrebbe comportare ritardi nella liquidazione del pagamento della prestazione. 1 copia cartacea per l'assistito

CARTA INTESTATA Azienda

DICHIARAZIONE TECNICA DI FUNZIONALITA' DELL'APPARECCHIO ACUSTICO

Il/la sottoscritto/a, Tecnico Audioprotesista, abilitato ai sensi del D.M. 668/94 e leggi successive, in rapporto di lavoro esclusivo con la Ditta..... sede incodice di iscrizione n., elenco regionale di fornitori protesi Elenco 1 (DM 332/99), sezione ASL di.....

DICHIARA sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze penali che il/la Sig./raha consegnato per la riparazione l'apparecchio acustico matricola.....marca.....modello.....lato d'uso..... fornita in datache presenta i seguenti difetti di funzionamento:

.....
matricola.....marca.....modello.....lato d'uso..... fornita in datache presenta i seguenti difetti di funzionamento:

.....
A seguito del controllo tecnico espletato presso il laboratorio della azienda, produttrice dell'ausilio in oggetto, è necessaria la sostituzione di: (elenco pezzi)

..... per una spesa totale di euro.....pertanto :

1. L'apparecchio acustico è riparabile con ripristino della perfetta funzionalità

(lato DX |_|; lato SX |_|);

2. Si consiglia la sostituzione vista la consistenza dell'intervento di riparazione

(lato DX |_|; lato SX |_|);

3. Si consiglia la sostituzione per non sufficiente sicurezza di tenuta della riparazione

(lato DX |_|; lato SX |_|);

4. L'apparecchio acustico non è riparabile per indisponibilità dei pezzi di ricambio

(lato DX |_|; lato SX |_|).

Il Tecnico Audioprotesista.....della ditta fornitrice

(Timbro e Firma)..... data |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

IL MEDICO PRESCRITTORE

(Timbro e Firma per presa visione)

data |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Nota Bene: La presente attestazione, debitamente sottoscritta da parte del medico prescrittore per presa visione, va inserita da parte del fornitore negli "ALLEGATI" della pratica on line corrispondente. L'assenza di detto documento, nei casi previsti, potrebbe comportare ritardi nella liquidazione del pagamento della prestazione.

All.6

**SCHEDA TECNICA
DELL'APPARECCHIO ACUSTICO FORNITO**

Al Sig/Sig.ra , nato il a
e residente in

con prescrizione n. datata per apparecchio acustico:

sono stati consegnati n. apparecchi acustici:

a **DX** codice ISO 21.45. matricola n. pila
a **SX** codice ISO 21.45. matricola n. pila

L'apparecchio acustico presenta le seguenti caratteristiche elettroacustiche rilevate secondo norme IEC 118-0/CEI 29-5 (con accoppiatore IEC 711):

Guadagno (picco)		dB a DX		dB a SX
OSPL 90 (picco)		dB SPL a DX		dB SPL a SX
Banda passante		Hz a DX		Hz a SX
Distorsione		% a DX		% a SX

Regolato per l'uso e misurato con accoppiatore standard da 2 cc, l'apparecchio offre:

Guadagno		dB a DX		dB a SX
OSPL 90		dB SPL a DX		dB SPL a SX

Auricolari:	rigido cod. 21.45.00.103	DX	SX
	Morbido cod. 21.45.00.106	DX	SX

Note

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

Per l'applicazione è stato osservato l'iter previsto dal DM 332 del 27/08/1999

Data Firma dell'Audioprotesista Timbro e firma dell'Azienda

DICHIARAZIONE DI CONSEGNA

In data sono stati forniti n. apparecchi acustici come da scheda tecnica.

Sono stati inoltre consegnati: pile per il funzionamento; garanzia 24 mesi; manuale di istruzioni; scheda tecnica dell'apparecchio acustico fornito; confezione di custodia.

Data Firma dell'Audioprotesista Firma del Cliente Timbro e firma dell'Azienda

PROGRAMMA DI ASSISTENZA/VISITE DI CONTROLLO PERIODICHE

Controllo a sei mesi Note
Controllo a dodici mesi Note
Controllo a ventiquattro mesi Note
Controllo a trentasei mesi Note
Controllo a quarantotto mesi Note

Data Firma dell'Audioprotesista Firma del Cliente Timbro e firma dell'Azienda

Nota Bene: La presente Scheda tecnica, debitamente compilata e sottoscritta, va inserita da parte del fornitore in formato .PDF negli "ALLEGATI" della pratica on line corrispondente. L'assenza di detto documento, nei casi previsti, potrebbe comportare ritardi nella liquidazione del pagamento della prestazione.