

ANNEXE

Devis d'appareillage auditif (Art. L. 165-9 du code de la sécurité sociale)

Audioprothésiste :

Nom
 Adresse
 Tél/Fax :
 Adresse de courriel :
 N° Identifiant :

Patient :

Nom, prénom
 Adresse
 Date de naissance

Médecin prescripteur

Nom, prénom
 N° d'identification
 Date de la prescription médicale*

**La prescription médicale préalable est obligatoire.*

Assuré (si différent du patient) :

Nom, prénom
 Adresse
 Date de naissance

N° du devis

Lieu :

Date d'établissement :

Valable jusqu'au (date)

Premier appareillage Renouvellement d'appareillage

Prix HT

Prix TTC

1. Appareil(s) électronique(s) correcteur(s) de surdité proposé(s) incluant tous les accessoires nécessaires à son (leur) fonctionnement :

Appareil droit* : marque, modèle, référence commerciale, classe de l'appareil, durée de la garantie.

**la fiche technique présentant les principales spécificités de l'appareil proposé doit obligatoirement être jointe au devis*

Appareil gauche* : marque, modèle, référence commerciale, classe de l'appareil, durée de la garantie.

**la fiche technique présentant les principales spécificités de l'appareil proposé doit obligatoirement être jointe au devis*

Sous-Total (1)**2. Prestation d'adaptation indissociable de l'appareil proposé (cf. détail du contenu minimal en annexe du devis)**

-

Prix HT

Prix TTC

2.1. Prestation associée à l'appareil droit

2.2. Prestation associée à l'appareil gauche

Sous-Total (2)**TOTAL GENERAL (1+2)****Tarif de prise en charge par l'assurance maladie fixé à la LPP* par appareillage**

**base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire comprenant l'appareil fourni avec tous les accessoires nécessaires à son fonctionnement ainsi que la prestation associée*

Informations complémentaires sur les prix et les tarifs de remboursement en vigueur à la date d'établissement du présent devis des consommables renouvelables adaptés à l'appareil proposé :

Type de consommable	Prix HT	Prix TTC	Tarif LPP (préciser les conditions de prise en charge)

Conditions de réalisation des essais :

- **Durée des essais :**
- **Facturation des éléments nécessaires à l'essai : oui Non**

Si oui,

Détail des éléments facturés (embouts, coques...) :

Montant à la charge du patient à l'issu des essais en cas de non achat :

- **Dépôt de garantie pour le matériel confié pendant les essais : oui Non**

Si oui, préciser le montant du dépôt de garantie.

Autres informations (précisions sur le contenu et la durée de la garantie de base, sur l'éventuelle extension de garantie qui peut être proposée, sur les modalités de paiement...) :

Nom lisible, signature et cachet de l'audioprothésiste ayant réalisé le devis :

Pour être valable ce devis doit être obligatoirement accompagné de l'annexe ci-jointe détaillant le contenu de la prestation d'adaptation indissociable de l'appareil proposé.

Ce devis est une information précise et complète sur l'appareil qui sera testé. Il pourra être actualisé si les résultats des tests s'avéraient insuffisants, et qu'un autre appareil devait être proposé pour essais.