

**Appareillage systèmes auditifs
Confirmation de la prise en charge des coûts supplémentaires
(selon les dispositions d'exécution Art. 1.5)**

Personne assurée :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

NPA/lieu : _____

Numéro du cas/de l'assuré(e) : _____

Appareillage : binaural monaural (cocher ce qui convient)

Type de système auditif : _____

Total des coûts pour le système auditif/les systèmes auditifs, TVA inclus CHF _____

Total rémunération pour le système auditif/les systèmes auditifs
par l'assurance, TVA inclus CHF _____

Frais supplémentaires à la charge de la personne assurée CHF _____

Les frais supplémentaires ne peuvent être facturés que pour les systèmes auditifs. Aucun coût supplémentaire ne peut être facturé pour le service d'adaptation.

- J'ai porté à l'essai la meilleure variante possible entièrement remboursable. Mais l'appareillage proposé ne me satisfait pas. Je suis donc d'accord de payer les frais supplémentaires pour un système auditif à ma convenance.
- J'ai sciemment renoncé à porter à l'essai la meilleure variante possible entièrement remboursée. Je veux un appareillage qui me convient mieux et prend en charge les coûts supplémentaires.

Lieu : _____ Date : _____

Signature audioprothésiste : _____

Signature personne assurée : _____

Le fournisseur envoie ce formulaire avec la facture à l'assureur responsable.