Convention tarifaire sur les systèmes auditifs
AKUSTIKA / SYSTÈMES AUDITIFS SUISSE – AA/AM

Adaptation du système auditif
Confirmation de prise en charge des coûts supplémentaires
(selon l'art. 1.5 des dispositions d'exécution)

Personne assurée	**:**	
Nom	:	
Prénom	:	
NPA / localité	:	
Numéro de sinistre et d'assuré (AA/AM):		

Appareillage: ☐ binaural ☐ monaural (cocher ce qui convient)

Type de système auditif: _____

Coût total du/des système(s) auditif(s), TVA incluse	CHF	
Montant total pris en charge par l'assurance pour le(s) système(s) auditif(s), TVA incluse	CHF	
Coûts supplémentaires pour les prestations de service au cours des six années d'utilisation	CHF	
Coûts supplémentaires à la charge de la personne assurée	**CHF**	

Des coûts supplémentaires ne peuvent être facturés que pour des prestations qui se distinguent clairement de celles remboursées par l'assurance-accidents au titre de la LAA ou par l'assurance militaire au titre de la LAM.
J'ai porté à l'essai la meilleure variante possible non soumise à un supplément de coût.
Mais le système auditif proposé ne me satisfait pas. Je suis donc d'accord de payer le supplément de coût pour un système auditif plus cher.

☐ J'ai sciemment renoncé à porter à l'essai la meilleure variante possible non soumise à un supplément de coût. Je souhaite un autre système auditif et accepte d'en assumer les coûts supplémentaires.

☐ Le point de vente a porté à ma connaissance de manière transparente et compréhensible les coûts supplémentaires prévisibles qui ne sont pas couverts par les assurances sociales pour les frais de matériel et de service sur une période de six ans.

☐ J’ai pris de connaissance de ma possibilité de limiter à tout moment les services supplémentaires à ceux intégralement pris en charge par mon assurance-accidents selon la LAA ou par l’assurance militaire selon la LAM. Le remboursement des paiements déjà effectués ne peut pas être demandé; en tant que client(e), je n’aurai toutefois pas à assumer de coûts consécutifs.

Lieu: _____ Date: _____

Signature de l’audioprothésiste : _____

Signature de la personne assurée : _____

Le fournisseur doit envoyer ce formulaire à l’assureur compétent, accompagné de la facture correspondante.

1.10.2026