

Annexe 1 des dispositions d'exécution relatives aux appareils acoustiques

Adapation des appareils acoustiques - Confirmation de la prise en charge des coûts supplémentaires

Personne assurée – Numéro d'assuré (AI/AA/AM):

Nom: **Prénom:**

Adresse: **NPA / Lieu:**

Appareillage: binaural / monaural (souligner ce qui convient)

Type d'appareil acoustique **CHF**

Prestation fournie **CHF**

Autres coûts supplémentaires pour **CHF**

Déductions/rabais éventuels **CHF**

Taxe à la valeur ajoutée **CHF**

Total des coûts pour le système acoustique **CHF**

Participation de l'assuré **Fr.**

Frais supplémentaires à la charge de la personne assurée **Fr.**

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 acoustique à ma convenance.

J'ai sciemment renoncé à porter à l'essai la meilleure variante possible entièrement remboursée. Je veux un appareillage qui me convienne mieux et prends en charge les coûts supplémentaires.

Lieu: **Date:**

Audioprothésiste:

Personne assuré:

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