

**Annexe 1 des dispositions d'exécution relatives aux appareils acoustiques**

**Adaptation 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.