

Demande à faire remplir par l'audioprothésiste

Identification de l'adhérent et du bénéficiaire

Adhérent

N° Adhérent : _____ N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clé | | |

E-mail : _____ @ _____

Bénéficiaire

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | | | |

Régime : Régime général Alsace-Moselle Autre : _____

Identification de l'audioprothésiste

N° FINESS : _____ Raison sociale : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ E-mail : _____ @ _____

Correction auditive

Si l'adhérent souffre de cécité, cochez cette case

Si pas de réponse à l'audiogramme, indiquez 120 dB dans la case correspondante du tableau.

Fréquence	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz
Oreille droite				
Oreille gauche				

Appareillage de l'oreille droite

Si les deux appareils auditifs sont identiques, remplissez seulement cette partie

Fabricant : _____ Modèle : _____

Si vous ne pouvez renseigner le fabricant et le modèle de la prothèse auditive, indiquez :

Forme : Boîtier Lunettes Contour Avec fil Sans fil

Intra conque Intra demi-conque Intra canal Intra semi-profond

Technologie : Analogique Programmable Numérique

Gain : _____ Classe : _____ Nombre de canaux : _____

Appareillage de l'oreille gauche

Fabricant : _____ Modèle : _____

Si vous ne pouvez renseigner le fabricant et le modèle de la prothèse auditive, indiquez :

Forme : Boîtier Lunettes Contour Avec fil Sans fil

Intra conque Intra demi-conque Intra canal Intra semi-profond

Technologie : Analogique Programmable Numérique

Gain : _____ Classe : _____ Nombre de canaux : _____

Prix de l'appareillage

Prix total de l'appareillage auditif (accessoires et services inclus) OD : _____ OG : _____

Base de remboursement Sécurité Sociale : _____

Pour l'adhérent

Si nous devons vous joindre :

N° de téléphone : _____

Heures de disponibilité : 9h-11h 11h-13h 13h-15h 15h-17h 17h-19h

J'autorise le recueil, l'analyse et le traitement par ADOCYS des données de santé figurant sur ce devis, en vue du calcul et de la prise en charge de mes dépenses de santé.

Signature (obligatoire) :

Pour l'audioprothésiste

Date : _____

Durée de validité : _____

Signature et cachet de l'audioprothésiste (obligatoire) :