

Dossier N° :

Identification du fournisseur :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Appareil auditif

D : ☐

G : ☐

Type d'appareil :

Classe :

N° Homologation :

Nature de l'appareil :

Analogique ☐

Numérique ☐

Stéréophonie ☐

Mode d'installation :

Contour ☐

Intra ☐

BAHA ☐

Codes LPPR :

D :

G :

Base de remboursement Sécurité Sociale:

Taux de remboursement : 60% ☐

100% ☐

Tarif de l'appareil :

Justification technique du choix de ce type d'appareil :

Le bilan d'audiométrie d'efficacité après livraison doit impérativement nous être transmis pour le suivi du dossier et le règlement de la facture.