

## Le N° de contrat est indispensable au traitement de votre devis

Nom	Prénom	N° de contrat indispensable	Date de naissance
Assuré _____	_____	_____	
Patient _____	_____	_____	
Jours et heures de disponibilité pour rappel _____			
Personne à contacter _____		Téléphone _____	
Adresse _____		Code Postal	Ville _____
Date de la prescription			

## Devis appareils auditifs à remplir par l'audioprothésiste

PRESCRIPTION	O.R.L. :	DATE :
--------------	----------	--------

**Merci de joindre une copie de l'audiogramme**

Mentions obligatoires	O.R.L. :	TOTAL DE L'APPAREILLAGE	TARIF (1)
	- Marque : - Référence complète de l'appareil :	<b>(arrêté du 25 septembre 2000)</b> l'appareillage comprend l'appareil et l'adaptation c'est-à-dire : la prise en charge du patient, la formation, l'adaptation prothétique, le contrôle immédiat, l'éducation prothétique, le suivi prothétique.	
Option	Merci de détailler (ex. : télécommande...)		

Appareillage	<input type="checkbox"/> Premier appareillage <input type="checkbox"/> Renouvellement d'appareillage	<input type="checkbox"/> oreille droite <input type="checkbox"/> oreille gauche <input type="checkbox"/> binaural	<input type="checkbox"/> Contour : • cross • bi-cross • lunettes...	<input type="checkbox"/> Intra <input type="checkbox"/> Divers (préciser)	
--------------	---	---	--	--	--

Technologie	<input type="checkbox"/> Analogique <input type="checkbox"/> Numérique	<input type="checkbox"/> Réducteur de bruit <input type="checkbox"/> Multi programmes <input type="checkbox"/> Changement programme automatique	<input type="checkbox"/> Multi bandes Microphone : <input type="checkbox"/> Omnidirectionnel <input type="checkbox"/> Directionnel commutable <input type="checkbox"/> Adaptatif <input type="checkbox"/> Potentiomètre	<input type="checkbox"/> Anti larsen <input type="checkbox"/> Options/divers :	
-------------	---	---	--	---	--

OFFRE PROMOTIONNELLE	DÉTAIL (préciser)	TARIF (2)
----------------------	-------------------	-----------

GARANTIE	NATURE (préciser)	DURÉE	FRANCHISE	TARIF (3)
----------	-------------------	-------	-----------	-----------

TIPS	Patient moins de 20 ans	Patient plus de 20 ans	TOTAL DEVIS (1 + 2 + 3)
		199,71 € par oreille	

ESSAI PRÉALABLE	Durée :	Montant des frais de fabrication en cas d'essai négatif :
-----------------	---------	---

Ce devis est la propriété de l'assuré. En application de la loi informatique et liberté, tout assuré et tout praticien peuvent s'opposer ou demander communication et modification des informations qui figurent sur tout fichier informatique auprès de SANTÉCLAIR.

Devis établi par (Nom du vendeur) :

Devis valable jusqu'au : || || || || ||

Cette étude est réalisée par 

Date, cachet et signature de l'audioprothésiste