

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

IDENTIFICATION / ASSURÉ – PATIENT (à remplir par l'Assuré)		
Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé	Votre N° de contrat / sociétaire	Nom de votre entreprise
.....		
Nom	Prénom	Date de naissance
Assuré .....	.....	.....
Patient .....	.....	.....
Adresse : .....		
Code postal	Ville	.....
Pour vous contacter au sujet de votre devis :		Téléphone fixe (en journée) .....
Téléphone portable .....	Mail : .....	@ .....
Je ne souhaite pas recevoir des informations sur les services Santéclair par email <input type="checkbox"/> par sms <input type="checkbox"/>		

**DEVIS APPAREILS AUDITIFS (à remplir par le professionnel de santé)**

<b>PRESCRIPTION</b>	<b>O.R.L. :</b>	<b>DATE :</b>
<b>merci de joindre une copie de l'audiogramme</b>		

Premier appareillage <input type="checkbox"/>	Renouvellement d'appareillage <input type="checkbox"/>	PRIX HT	PRIX TTC
<b>1</b> Appareil(s) électronique(s) correcteur(s) de surdité proposé(s) incluant tous les accessoires nécessaires à son (leur) fonctionnement : Appareil droit • Marque ..... • Modèle ..... • Type <input type="checkbox"/> Intra ou <input type="checkbox"/> Contour ..... • Classe de l'appareil ..... • Durée de sa garantie ..... ----- Appareil gauche • Marque ..... • Modèle ..... • Type <input type="checkbox"/> Intra ou <input type="checkbox"/> Contour ..... • Classe de l'appareil ..... • Durée de sa garantie .....			
<b>Sous Total (1)</b>			
<b>2</b> Prestation d'adaptation <b>INDISSOCIABLE</b> de l'appareil proposé (cf. détail du contenu minimal en annexe du devis) 2.1 Prestation associée à l'appareil droit ..... ..... 2.2 Prestation associée à l'appareil gauche ..... .....			
<b>Sous Total (2)</b>			
<b>Sous Total (1 + 2)</b>			
Tarif de prise en charge par l'assurance maladie fixé à la LPP* par appareillage ; *base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire comprenant l'appareil fourni avec tous les accessoires nécessaires à son fonctionnement ainsi que pour la prestation associée			
<b>OFFRE PROMOTIONNELLE</b>	<b>DÉTAIL (préciser)</b>	<b>Total (3)</b>	
<b>EXTENSION DE GARANTIE</b>	<b>NATURE (préciser)</b>	<b>DURÉE</b>	<b>FRANCHISE</b>
<b>Total devis (1 + 2 + 3 + 4)</b>			
<b>ESSAI PRÉALABLE</b>	<b>DURÉE</b>	<b>Montant des frais de fabrication en cas d'essai négatif</b>	<b>Montant du dépôt de garantie</b>

Signature de l'assuré :	Date .....
Devis établi par (nom du vendeur) :	cachet et signature du praticien
Devis valable jusqu'au : .....	

Les communicateurs – Santéclair – Devis Auditif – Générique – août 2016  
 Ce document est la propriété de l'assuré. Nous vous informons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement pour répondre à la présente demande. En application de la loi informatique et liberté, tout assuré et tout praticien peuvent s'opposer ou demander communication, modification et suppression des informations personnelles les concernant qui figurent sur tout fichier auprès du CIL Santéclair, 78 boulevard de la République, 92514 Boulogne-Billancourt Cedex / cil@santeclair.fr. Santéclair - S.A. au capital de 3 834 029 € ayant son siège au 78 bd. de la République - 92100 Boulogne-Billancourt - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 428 704 977

## ANNEXE

### **INFORMATIONS SUR LE DEVIS ET LE CONTENU DE LA PRESTATION INDISSOCIABLE DE L'APPAREIL QUI VOUS EST PROPOSÉ.**

Pour vous proposer ce devis correspondant à un appareillage adapté à votre cas, l'audioprothésiste que vous consultez a été conduit en particulier à : vous questionner afin d'évaluer votre gêne, vos besoins, votre motivation, vos antécédents... ; examiner vos conduits auditifs ; mesurer votre audition en vous faisant entendre des sons au casque (audiométrie tonale) ; mesurer votre tolérance aux sons forts (seuils d'inconfort) ; mesurer votre compréhension de la parole en vous faisant entendre des mots (audiométrie vocale) ; vous informer sur les différents appareillages disponibles et réalisables, leur utilisation, leur entretien, leur coût, leur durée de vie, les conditions de remboursement par les organismes de prise en charge. De plus, la prestation indissociable de l'appareil qui vous est proposé inclut le nombre de séances chez l'audioprothésiste nécessaires :

- 1.** A l'adaptation ou l'application prothétique, la délivrance et le contrôle immédiat de l'appareillage qui comprend notamment : la prise d'empreinte des conduits auditifs externes, si le type d'appareillage le nécessite ; les essais d'un ou plusieurs appareils, avec à chaque fois l'ensemble des réglages nécessaires ; le contrôle immédiat de l'efficacité prothétique en utilisant tous les tests audiométriques nécessaires ; l'ajustement anatomique de l'appareil ; l'adaptation progressive du réglage des appareils lors de séances d'essais permettant la personnalisation du traitement du signal, avec, à chaque séance, le contrôle d'efficacité de l'appareillage par l'audiométrie tonale et vocale ainsi que de votre appréciation ; votre information sur l'utilisation, la manipulation, l'entretien des appareils, le changement des piles, les conditions d'utilisation en fonction des situations sonores la durée et le contenu de garantie...
- 2.** Au suivi prothétique régulier et au contrôle permanent de l'appareil pendant toute la durée de votre appareillage avec le même appareil qui comprend au minimum : des séances de contrôle d'efficacité au 3<sup>e</sup> mois, au 6<sup>e</sup> mois et au 12<sup>e</sup> mois après la délivrance de l'aide auditive, puis une fois par semestre selon les besoins du patient ; les contrôles effectués lors de ce suivi comportant tous les tests audiométriques nécessaires, les vérifications mécaniques et acoustiques des appareils et le nettoyage ; la gestion administrative de votre dossier, et notamment l'élaboration du (ou des) compte(s) rendu(s) d'appareillage au médecin prescripteur et à votre médecin traitant.