



DEVIS AUDIOPROTHESES

à remplir par le praticien pour information à la mutuelle de l'assuré.
APICIL SANTE CONSEIL 38, rue François Peissel -BP 119-69646 Caluire-et-Cuire Cedex

Tél. : 0 974 500 600 / Fax 04 72 27 79 89

(Prix d'un appel local)

Assuré : _____

Nom/Prénom : _____

SS N° _____ Réf contrat : _____

Adresse : _____

Bénéficiaire (si différent) :

Nom/Prénom : _____

☎ _____ Portable _____

Date de naissance _____

Praticien : _____

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

☎ _____ Fax _____

Appareillage unilatéral

Appareillage bilatéral

	MARQUE	REFERENCE	TYPE	PRIX (hors garantie)	BASE TIPS	REMBT SEC. SOC.	REMBT DU GROUPE APICIL	RESTE A CHARGE DE L'ASSURE
Appareil(s) Oreille droite Oreille gauche								
Pile								
Produits d'entretien								
TOTAL								

GARANTIE de l'appareil (entretien, suivi) :

Prix : _____ durée : _____

Date du devis : _____ Valable jusqu'au : _____

Signature du praticien :