

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Arrêté du 31 octobre 2008 fixant le modèle du devis normalisé d'appareillage auditif mentionné à l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale

NOR : SJSS0806946A

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et le secrétaire d'Etat chargé de l'industrie et de la consommation, porte-parole du Gouvernement,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 165-9 et D. 162-28 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 16 juillet 2008 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 9 juillet 2008,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le devis normalisé d'appareillage auditif mentionné à l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale est fixé conformément au modèle joint en annexe du présent arrêté.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que son annexe au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 octobre 2008.

*La ministre de la santé,  
de la jeunesse, des sports  
et de la vie associative,*  
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du budget, des comptes publics  
et de la fonction publique,*  
ERIC WOERTH

*Le secrétaire d'Etat  
chargé de l'industrie et de la consommation,  
porte-parole du Gouvernement,*  
LUC CHATEL

## ANNEXE

## Devis d'appareillage auditif (Art. L. 165-9 du code de la sécurité sociale)

**Audioprothésiste :**

Nom  
Adresse  
Tél/Fax :  
Adresse de courriel :  
N° Identifiant :

**Patient :**

Nom, prénom  
Adresse  
Date de naissance

**Médecin prescripteur**

Nom, prénom  
N° d'identification  
Date de la prescription médicale\*  
*\*La prescription médicale préalable est obligatoire.*

**Assuré (si différent du patient) :**

Nom, prénom  
Adresse  
Date de naissance

N° du devis

Lieu :

Date d'établissement :

Valable jusqu'au (date)

Premier appareillage  Renouvellement d'appareillage 

Prix HT

Prix TTC

**1. Appareil(s) électronique(s) correcteur(s) de surdité proposé(s) incluant tous les accessoires nécessaires à son (leur) fonctionnement :**

Appareil droit\* : marque, modèle, référence commerciale, classe de l'appareil, durée de la garantie.

*\*la fiche technique présentant les principales spécificités de l'appareil proposé doit obligatoirement être jointe au devis*

Appareil gauche\* : marque, modèle, référence commerciale, classe de l'appareil, durée de la garantie.

*\*la fiche technique présentant les principales spécificités de l'appareil proposé doit obligatoirement être jointe au devis*

**Sous-Total (1)****2. Prestation d'adaptation indissociable de l'appareil proposé (cf. détail du contenu minimal en annexe du devis)**

-

Prix HT

Prix TTC

2.1. Prestation associée à l'appareil droit

2.2. Prestation associée à l'appareil gauche

**Sous-Total (2)****TOTAL GENERAL (1+2)****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 la prestation associée*

**Informations complémentaires sur les prix et les tarifs de remboursement en vigueur à la date d'établissement du présent devis des consommables renouvelables adaptés à l'appareil proposé :**

Type de consommable	Prix HT	Prix TTC	Tarif LPP (préciser les conditions de prise en charge)

**Conditions de réalisation des essais :**

- **Durée des essais :**
- **Facturation des éléments nécessaires à l'essai :** oui  Non

**Si oui,**

Détail des éléments facturés (embouts, coques...) :

Montant à la charge du patient à l'issu des essais en cas de non achat :

- **Dépôt de garantie pour le matériel confié pendant les essais :** oui  Non

**Si oui, préciser le montant du dépôt de garantie.**

**Autres informations (précisions sur le contenu et la durée de la garantie de base, sur l'éventuelle extension de garantie qui peut être proposée, sur les modalités de paiement...) :**

Nom lisible, signature et cachet de l'audioprothésiste ayant réalisé le devis :

***Pour être valable ce devis doit être obligatoirement accompagné de l'annexe ci-jointe détaillant le contenu de la prestation d'adaptation indissociable de l'appareil proposé.***

***Ce devis est une information précise et complète sur l'appareil qui sera testé. Il pourra être actualisé si les résultats des tests s'avéraient insuffisants, et qu'un autre appareil devait être proposé pour essais.***

## A N N E X E

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.