

Prestation de Compensation du Handicap

Formulaire relatif à une demande de prestation pour **des charges spécifiques** à retourner (complété **exclusivement à l'encre noire**, daté et signé).

Nom :
Prénom :
Adresse complète :
N° de dossier :

• **Estimation du coût annuel de vos frais de piles pour appareillage auditif** €

• **Type de paquets de piles utilisés :**

A cocher	Désignation des paquets de piles	Code LPPR
·	Aide auditive, Piles sans mercure 10 ou équivalent (B/6)	2356882
·	Aide auditive, Piles sans mercure 312-marron ou équivalent (B/6)	2356907
·	Aide auditive, Piles sans mercure 13-orange ou équivalent (B/6)	2332976
·	Aide auditive, Piles sans mercure 675-bleue ou équivalent (B/6)	2317149

• **Nombre de paquets de piles utilisés par an** :

• **Durée moyenne d'une pile** :

• **Avez-vous obtenu une participation de la sécurité sociale pour l'achat des paquets de piles :**

Oui Non

Si oui, préciser le montant : € et le nombre de paquets pris en charge :

+ Joindre à ce formulaire le(s) justificatif(s) : un devis ou les factures des trois derniers mois minimums, précisant les paquets de piles utilisés et le coût.

Date :

Signature