



N° 11164*04

demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception, équivaut à un accord

VOLET 1

à adresser au service médical et destiné au service administratif

Date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom
(nom de famille(de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il ya lieu))

numéro d'immatriculation _____

date de naissance _____

adresse _____

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille(de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il ya lieu))

numéro d'immatriculation _____

partie à compléter par le fournisseur

• conditions de prise en charge de l'appareillage

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non

accident du travail ou maladie professionnelle date _____ autre

• identification du prescripteur

nom et prénom _____ date de prescription _____

identifiant _____ n° structure (AM, FINESS ou SIRET) _____

• position de la demande

1ère attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement réparation _____
numéro de l'appareil

• références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)

• appareil atypique (joindre le devis détaillé) *(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)*

BASE DE REMBOURSEMENT _____ € PRIX DE VENTE _____ €

identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom _____ raison sociale _____
adresse _____

identifiant _____ n° structure (AM, FINESS ou SIRET) _____

date _____ signature _____

avis du médecin conseil

accord refus -d'ordre médical

date _____ -d'ordre administratif -motif :