

Le suivi et le contrôle de la bonne adaptation des appareils qui vous sont délivrés font partie des missions de l'Assurance Maladie. Vous pouvez également être à l'origine de ces demandes de contrôle auprès de l'organisme d'assurance maladie auquel vous êtes affilié, notamment si l'appareil livré ne vous semble pas adapté à vos besoins. Dans ce cas, vous pouvez adresser un certificat de non convenance au service médical régional appareillage dont l'adresse est indiquée ci-dessous.

CERTIFICAT DE NON CONVENANCE

A adresser au service Appareillage dans le cas où votre appareil ne vous donne pas satisfaction après un essai de 15 jours.

Nom de l'assuré :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Votre numéro de sécurité sociale _____

Votre CPAM :

Je soussigné, déclare avoir reçu l'appareillage désigné ci-dessous le : / /

- Fauteuil roulant électrique Prothèse Orthèse Corset
 Chaussures orthopédiques Prothèse oculaire

Pour :

- Moi-même Mon conjoint Mon enfant Autre

Précisez le nom du bénéficiaire : _____

Cet appareil m'a été livré :

- à mon domicile à l'hôpital livraison chez le fournisseur

Précisez le nom du fournisseur : _____

Après essai, l'appareillage ne donne pas satisfaction pour les raisons suivantes :

Fait à _____ le _____ Signature :

A retourner complété à l'adresse suivante :

**DIRECTION REGIONALE DU SERVICE MEDICAL
NORD PAS DE CALAIS PICARDIE
SERVICE MEDICAL REGIONAL APPAREILLAGE
11, ALLEE VAUBAN
CS 60254
59665 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX**