

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 :

Grid for date of reception

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

Form fields for beneficiary: nom et prénom, 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 l'assuré(e))

Form fields for insured: nom et prénom, numéro d'immatriculation

partie à compléter par le fournisseur

conditions de prise en charge de l'appareillage

Form fields for conditions: maladie, soins en rapport avec une ALD, accident du travail ou maladie professionnelle

identification du prescripteur

Form fields for prescriber: nom et prénom, date de prescription, identifiant, n° structure

position de la demande

Form fields for position: 1ère attribution, 2ème attribution, appareil provisoire, renouvellement, réparation, numéro de l'appareil

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

Large empty box for L.P.P. references

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

Form fields for atypical device: BASE DE REMBOURSEMENT, PRIX DE VENTE

identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

Form fields for provider: nom et prénom, raison sociale, adresse, identifiant, n° structure, date, signature

avis du médecin conseil

Form fields for doctor's opinion: accord, refus, d'ordre médical, d'ordre administratif, motif

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

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 y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

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)

adresse

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

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a 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)

Empty box for L.P.P. references

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 :

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 3
à conserver
par le fournisseur**

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 y a lieu))

numéro d'immatriculation

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)

date de naissance

adresse

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

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a 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