



DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE POUR GRAND APPAREILLAGE VALANT BON DE COMMANDE

**ASSURANCE
MALADIE**

N° 11164*03

(Articles R 165-23, R 165-26 à R 165-30 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 :

Volets 1 et 2 (blancs), destinés à l'organisme d'assurance maladie
Volet 3 (jaune), destiné à l'organisme d'assurance maladie
(centre d'appareillage)
Volet 4 (vert), conservé par le fournisseur

IDENTIFICATION DE L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION CODE ORGANISME AFFILIATION

NOM DE NAISSANCE PRENOM

(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

SI LE BENEFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM DE NAISSANCE PRENOM Date de naissance

(1) SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE CADRE RESERVE AU FOURNISSEUR

■ IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR : numéro d'identification : Date de prescription

■ POSITION DE LA DEMANDE :

Première attribution Deuxième attribution Appareil provisoire

Renouvellement — [NUMERO D'APPAREIL] — Réparation

■ APPAREILS :

REFERENCES (TIPS et désignation des fournitures)

ATYPIQUE : Joindre le DEVIS DETAILLE

BASE DE REMBOURSEMENT PRIX DE VENTE ou MONTANT DU DEVIS €

Identification du fournisseur

Fait le

à

Signature du fournisseur

A reporter sur chaque volet

CADRE RESERVE A L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

<p>AVIS DU MEDECIN CONSEIL, le <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> FAVORABLE</p> <p><input type="checkbox"/> DEFAVORABLE, MOTIF : <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>En rapport avec <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">Signature du Médecin-Conseil</div> <div style="width: 45%;">Cachet du Contrôle Médical</div> </div> <p style="text-align: center;"><small>A reporter su chaque volet</small></p>	<p>DECISION DE L'ORGANISME, le <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ACCORD (2)</p> <p><input type="checkbox"/> REFUS, voir notification jointe</p> <p>Base de remboursement <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Taux de prise en charge <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Numéro AT - MP <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">Pour le Directeur (Cachet et signature)</div> <div style="width: 45%;">Pour l'Agent Comptable (cachet et signature)</div> </div> <p style="text-align: center;"><small>A reporter sur chaque volet</small></p>
--	--

(2) Si l'appareil ne vous semble pas bien adapté, veuillez contacter rapidement le contrôle Médical de votre organisme d'assurance maladie, ou le centre d'appareillage.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant l'assuré auprès de son organisme d'assurance maladie.

S 3604c



DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE POUR GRAND APPAREILLAGE VALANT BON DE COMMANDE

ASSURANCE
MALADIE

N° 11164*03

(Articles R 165-23, R 165-26 à R 165-30 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**

Volets 1 et 2 (blancs), destinés à l'organisme d'assurance maladie
Volet 3 (jaune), destiné à l'organisme d'assurance maladie
(centre d'appareillage)
Volet 4 (vert), conservé par le fournisseur

IDENTIFICATION DE L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION		CODE ORGANISME AFFILIATION
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
NOM DE NAISSANCE <small>(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)</small>		PRENOM
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>

SI LE BENEFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM DE NAISSANCE	PRENOM	Date de naissance
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(1) SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE CADRE RESERVE AU FOURNISSEUR

■ IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR : numéro d'identification : Date de prescription

■ POSITION DE LA DEMANDE :

Première attribution Deuxième attribution Appareil provisoire

Renouvellement — [NUMERO D'APPAREIL] — Réparation

■ APPAREILS :

REFERENCES (TIPS et désignation des fournitures)

ATYPIQUE : Joindre le DEVIS DETAILLE

BASE DE REMBOURSEMENT PRIX DE VENTE ou MONTANT DU DEVIS €

Identification du fournisseur	Fait le	Signature du fournisseur
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	à	
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

A reporter sur chaque volet

CADRE RESERVE A L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

<p>AVIS DU MEDECIN CONSEIL, le <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> FAVORABLE</p> <p><input type="checkbox"/> DEFAVORABLE, MOTIF : <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>En rapport avec <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top;">Signature du Médecin-Conseil</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top;">Cachet du Contrôle Médical</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">A reporter su chaque volet</p>	Signature du Médecin-Conseil	Cachet du Contrôle Médical	<p>DECISION DE L'ORGANISME, le <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> ACCORD (2)</p> <p><input type="checkbox"/> REFUS, voir notification jointe</p> <p>Base de remboursement <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Taux de prise en charge <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Numéro AT - MP <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top;">Pour le Directeur (Cachet et signature)</td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; height: 40px; vertical-align: top;">Pour l'Agent Comptable (cachet et signature)</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">A reporter sur chaque volet</p>	Pour le Directeur (Cachet et signature)	Pour l'Agent Comptable (cachet et signature)
Signature du Médecin-Conseil	Cachet du Contrôle Médical				
Pour le Directeur (Cachet et signature)	Pour l'Agent Comptable (cachet et signature)				

(2) Si l'appareil ne vous semble pas bien adapté, veuillez contacter rapidement le contrôle Médical de votre organisme d'assurance maladie, ou le centre d'appareillage.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant l'assuré auprès de son organisme d'assurance maladie.

N° 11164*03

(Articles R 165-23, R 165-26 à R 165-30 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 accordVolets 1 et 2 (blancs), destinés à l'organisme d'assurance maladie
Volet 3 (jaune), destiné à l'organisme d'assurance maladie
(centre d'appareillage)
Volet 4 (vert), conservé par le fournisseur

IDENTIFICATION DE L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION

CODE ORGANISME AFFILIATION

NOM DE NAISSANCE

(suivi, s'il y a lieu
du nom d'usage)

PRENOM

SI LE BENEFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM
DE NAISSANCE

PRENOM

Date de
naissance

(1) SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE CADRE RESERVE AU FOURNISSEUR

■ IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR : numéro d'identification : | | | | | | | | | | Date de prescription

■ POSITION DE LA DEMANDE :

 Première attribution Deuxième attribution Appareil provisoire Renouvellement

[NUMERO D'APPAREIL

| | | | | |]

 Réparation

■ APPAREILS :

 REFERENCES (TIPS et désignation des fournitures) ATYPIQUE : Joindre le DEVIS DETAILLE

BASE DE REMBOURSEMENT

PRIX DE VENTE ou MONTANT DU DEVIS

Identification du fournisseur

Fait le

Signature du fournisseur

à

A reporter sur chaque volet

CADRE RESERVE A L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

AVIS DU MEDECIN CONSEIL, le

 FAVORABLE DEFAVORABLE, MOTIF :

En rapport avec

Signature du Médecin-Conseil

Cachet du Contrôle Médical

A reporter sur chaque volet

DECISION DE L'ORGANISME, le

 ACCORD (2) REFUS, voir notification jointe

Base de remboursement

Taux de prise en charge

Numéro AT - MP

Pour le Directeur (Cachet et signature)

Pour l'Agent Comptable (cachet et signature)

A reporter sur chaque volet

A reporter sur chaque volet

(2) Si l'appareil ne vous semble pas bien adapté, veuillez contacter rapidement le contrôle Médical de votre organisme d'assurance maladie, ou le centre d'appareillage.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant l'assuré auprès de son organisme d'assurance maladie.

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE POUR GRAND APPAREILLAGE
VALANT BON DE COMMANDE

N° 11164*03

(Articles R 165-23, R 165-26 à R 165-30 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

Volets 1 et 2 (blancs), destinés à l'organisme d'assurance maladie
Volet 3 (jaune), destiné à l'organisme d'assurance maladie
(centre d'appareillage)
Volet 4 (vert), conservé par le fournisseur

IDENTIFICATION DE L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION

CODE ORGANISME AFFILIATION

NOM DE NAISSANCE

(suivi, s'il y a lieu
du nom d'usage)

PRENOM

SI LE BENEFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURE(E)

NOM
DE NAISSANCE

PRENOM

Date de
naissance

(1) SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE CADRE RESERVE AU FOURNISSEUR

- IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR : numéro d'identification :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Date de prescription
- POSITION DE LA DEMANDE :
 - Première attribution
 - Deuxième attribution
 - Appareil provisoire
 - Renouvellement
 - [NUMERO D'APPAREIL] — Réparation
- APPAREILS :
 - REFERENCES (TIPS et désignation des fournitures)

ATYPIQUE : Joindre le DEVIS DETAILLE

BASE DE REMBOURSEMENT

PRIX DE VENTE ou MONTANT DU DEVIS

€

Identification du fournisseur

Signature du fournisseur

Fait le

à

A reporter sur chaque volet

CADRE RESERVE A L'ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

AVIS DU MEDECIN CONSEIL, le

FAVORABLE

DEFAVORABLE, MOTIF :

En rapport avec

Signature du Médecin-Conseil

Cachet du Contrôle Médical

A reporter su chaque volet

DECISION DE L'ORGANISME, le

ACCORD (2)

REFUS, voir notification jointe

Base de remboursement

Taux de prise en charge

Numéro AT - MP

Pour le Directeur (Cachet et signature)

Pour l'Agent Comptable (cachet et signature)

A reporter sur chaque volet

A reporter sur chaque volet

(2) Si l'appareil ne vous semble pas bien adapté, veuillez contacter rapidement le contrôle Médical de votre organisme d'assurance maladie, ou le centre d'appareillage.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données concernant l'assuré auprès de son organisme d'assurance maladie.