

### CERTIFICAT DE NON CONVENANCE

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

Nom / Prénom de l'assuré

Adresse

N° téléphone:

**Votre numéro de sécurité sociale:**

**Votre CPAM**

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

Epithèse de pyramide nasale     Epithèse auriculaire     Epithèse faciale     Obturateur

Pour:     Moi-même     Mon conjoint     Mon enfant

**Précisez le nom du bénéficiaire:**

Cet appareil a été réalisé:     À mon domicile     à l'hôpital     au cabinet de l'épithésiste

**Précisez le nom du professionnel:**

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

Fait à

le

Signature:

A retourner complété à l'adresse suivante:

Pôle Grand Appareillage  
des CPAM du Languedoc Roussillon  
37, Avenue Maréchal de Lattre de Tassigny  
11789 Narbonne Cedx

INFOS: Le suivi et le contrôle de la bonne adaptation des épithèses qui vous sont délivrées 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'épithèse livrée ne vous semble pas adaptée à vos besoins. Dans ce cas vous pouvez adresser un certificat de non convenance au service médical grand appareillage dont l'adresse est indiquée ci-dessus.