

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 reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom ISABELLE VAUDATIN

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

numéro d'immatriculation 261127811400214

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 03 12 1961

adresse

Rue des Aulnes , 41700 - Cour-Cheverny

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

nom et prénom DUCASSE ISABELLE date de prescription 19 11 2024

identifiant 411014582 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [X] 2ème attribution [] appareil provisoire [] renouvellement [] réparation [] numéro de l'appareil

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

Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire LPP 2689974 735.04€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 834.02€ € PRIX DE VENTE 834.02€ €

identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES 67 PODO-ORTHESE CONVENTIONNE 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN

identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1

raison sociale adresse Phan & Lenoble Associés Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 10 01 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical [] - d'ordre administratif [] - motif :
date []

partie à compléter par l'assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom Mme VAUDATIN Isabelle
numéro d'immatriculation 26 11 278114 002 14
date de naissance 03/12/1961

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
numéro d'immatriculation

• en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service :

• la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui [] date [] non []

partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soulever les volets 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet 3)

• 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 []

• type d'appareil

prothèse membre supérieur [] prothèse membre inférieur []
orthèse membre supérieur [] orthèse membre inférieur [] orthèse tronc []
prothèse oculaire et maxillo-faciale [] podo-orthèses [x] appareil atypique sur devis []

• nature de l'appareil

définitif [x] provisoire [] renouvellement [] réparation []

• descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure avec malaxés

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom Docteur Isabelle DUCASSE
Angiologue conventionnée
1 rue du Professeur Philippe Maupas
41260 La Chaussée Saint Victor

date 12/11/2024 signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement

partie à compléter par l'assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom *Mr VIGNATI - Nicole*
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation *123456789* *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 *12/03/1955*
adresse *123 rue de la Paix 75001 Paris*

● 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

● en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée *12/03/2015* service : *Service de Neurologie*

● la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui date *12/03/2015* non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

● le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage

*Troubles volumétriques
Ardine
Purillon plantaire -
Troubles statiques plantaire -*

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom *Docteur Isabelle DUGASSE*
Angiologue conventionnée
Secteur 1 - sur RDV
Mosaïque Santé
1, rue du Professeur Philippe Maupas
41260 La Chaussée Saint Victor
identifiant *41 1 101 458 2° structure*
RPPS 1000 2043288 N°ESS ou SIRET
date *12/03/2015* signature *[Signature]*

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale). La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée 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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 3135 b

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

UCANISS - Barleirh

HUMECTEZ ICI



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

SARL PHAN LENOBLE
ASSOCIES
Fournisseur de biens
médicaux Pod-
orthèses
12 R MIRABEAU
94230 CACHAN



 En raison des incidents de sécurité d'opérateurs de complémentaire, soyez vigilants sur la gestion de vos mots de passe et dans le doute, réinitialisez vos mots de passe.  En cas de difficulté, vous pouvez contacter le 3608.

 Une nouvelle rubrique « Une demande ? » est disponible, regroupant l'ensemble des téléservices qui vous permettent de nous contacter. De plus, un nouveau service « Réclamations paiements » est ajouté dans cette rubrique si votre question concerne un paiement pour un dossier relatif à un patient du Régime général. 

ACTIVITÉS

Mes services paiements

Commande d'imprimés

SERVICES PATIENTS

 Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

**Arrêt de travail
Déclaration simplifiée de grossesse
Déclaration médecin traitant
Protocoles de soins et ALD**

Identifiez vous par

INFORMATIONS PATIENT

NIR : **2611278114002**

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**
Exonération TM :
NON

CHANGER DE PAT