

demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de	réception	:
---------	-----------	---

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception, équivaut à un accord

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage				
nom et prénom TIMSIT YVES				
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))				
numéro d'immatriculation 1560999351	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 2 2 8 0 9 1 9 5 6				
adresse				
48 RUE DE LERMITAGE 75020 - PARIS				
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'a	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 compléte • conditions de prise en charge de l'appareillage	er par le fournisseur			
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 JOCELYNE M'BEMBA	date de prescription 2 5 0 6 2 0 2 4			
identifiant 7 5 0 1 0 0 1 6 6 n° structure (A	M, FINESS ou SIRET)			
• position de la demande				
1ère attribution 2ème attribution appareil provisoire	renouvellement réparation muméro de l'appareil			
• références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des	••			
LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mes LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteu LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteu	ur			
• appareil atypique 🔲 (joindre le devis détaillé)				
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 907.92 €	PRIX DE VENTE 907.92			
identification du fournisseur	et de la structure dans laquelle il exerce			
nom et prénom SADI DUANI ENODI E ASSOCIES	raison sociale			
nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES 67 PODO-ORTHESE CONVENTIONNE 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN	Phan & Lenoble Associés Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN TEL : 01 82 01 96 41			
identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6			
date 2 7 0 6 2 0 2 4 signature	Man			
avis du m	rédecin conseil			
accord refus	- d'ordre médical			
date	- d'ordre administratif			



date

demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 2 à adresser et à conserver au service médical

	faut de réponse de l'organisme,		urs,	late de réception :
a	compter de la date de réception, personne bénéficiaire de l'	•		
• personne bénéficiaire de l		apparemage et assure(e)	
nom et prénom TIMSIT YV				
_	du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))			
numéro d'immatriculation	1560999351	0 7 6 7 6	mutualiste (po	entre de paiement ou de la section ur les salariés) ou nom et n° de nventionné (pour les non salariés)
date de naissance	2 8 0 9 1 9 5 6		i organisme cor	iventionne (pour les non salaries)
adresse 48 RUE DE LERMITA	ACE 75000 DADIS			
nom et prénom	nne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'a	issure(e))		
1	du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))			
numéro d'immatriculation		1 , , 11 , 1		
numero a minutirediation	nartie à compléte	er par le fournisseur		
• conditions de prise en c		er par le tour misseur		
maladie X soins en rapport	avec une ALD : oui X non [
accident du travail ou mala	die professionnelle date			autre
• identification du prescr	ipteur			
nom et prénom JOCELYN	E M'BEMBA	date de prescription	1 2	5 0 6 2 0 2 4
identifiant 7 5 0 1 0	0 1 6 6 n° structure (A	M, FINESS ou SIRET)		
• position de la demande				
1ère attribution X 2ème attri	ribution appareil provisoire	renouvellement rép	paration	numéro de l'appareil
• références L.P.P. de l'a	ppareil (codes et désignation des	s fournitures)		
LPP 2681257 - Moula	ssure Orthopédique sur mes age, quelle que soit la hauter age, quelle que soit la hauter	ır	a paire	
• appareil atypique / (join	ndre le devis détaillé)			
(art. R. 165-25 du Code sécu BASE DE REMBOURSEME)	007.00		PRIX DE V	ENTE 907.92 4
DASE DE REVIDOURSEME				ENTE
	identification du fournisseur	et de la structure dans	iaqueile ii ex	erce
67 PODO CONVEN 12 RUE N	MIRABEAU	Cen 12, ı	tre de Pod	le Associés lo-Orthèse Appliquée au - 94230 CACHAN 96 41
94230 - C identifiant 9 4 2 6 3	ACHAN 1 1 6 9 - CONV 1	n° structure		0 0 0 0 0 0 1 6
date 2 7 0 6 2 0		ll on		
	avis du m	édecin conseil		
accord	refus	- d'ordre médical		

- d'ordre administratif

_ - motif :







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

×

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS

PATIENT ?



NIR: 1560999351076

Régime: REGIME GENERAL

Droits à la date du jour : OUI

Exonération: OUI

MT: **OUI**

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

Contacter l'Assurance Maladie

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

À propos | Configuration | Mentions légales | CGU Accessibilité: non conforme



n° 12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale) (article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre) VOLET 3 destiné à l'organisme d'assurance maladie (service médical)

date de naissance 2 8 0 9 1 9 5 6 adresse 48 RUE DE L'ERMITAGE 75020 PARIS 20 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	(nom de famille (de naissance), sui numéro d'immatriculation	The second secon	the a Code on a commence of the large of	0 7 6 (17 6)	nom et nº du centre de nojement ou de la section
date de naissance 2 8 0 9 1 19 5 6 adresse 48 RUE DE L'ERMITAGE 75020 PARIS 20 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	numero a miniatriculation	[[5 6 [U	999351	0 / 0 / 0	nom et nº du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et nº de l'arganisme conventionné (pour les pau salariés)
75020 PARIS 20 assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage nest 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	date de naissance	2 8 0 9	11,9,5,6		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
75020 PARIS 20 assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage nest 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 e	<u> </u>	entra a constant de la constant de l		and the first of the more than the second of
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu); numéro d'immatriculation		ITAGE			
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu); numéro d'immatriculation	assuré(e) (à remplir si la perso	nme qui bénéficie de	e l'appareillage dest pas l'ass	surč(e))	
	•	i du nom d'usage (fac	cultatif et s'il y a lieu);		
A STATE OF THE PARTY AND A STATE OF THE PARTY OF THE PART	numéro d'immatriculation	LLL			
en cas d'hospitalisation en cours	The state of the s			The second secon	
date d'entrée service : CCH CS DIABETO C PIED X687	 en cas d'hospitalisation e 				the second control of
• la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?		CONTRACTOR MANAGEMENT AND ADMINISTRATION OF THE PARTY OF	service: CCH CS DIAE	BETO C PIED X687	

Diabète type 2

Pieds diabétiques grade 3, neuropathie, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, antécédents de mal perforant plantaire et d'amputation distale du 3e rayon droit, déformation des orteils.

identification du prescripteur	et de la stracture dans laquelle il exerce
nom et prénom M'BEMBA Jocelyne	raison sociale CCH CS DIABETO C PIED X687
	adresse 27. rue du faubourg Saint Jacques 75014 PARIS
identifiant 1 0 0 0 3 7 3 9 6 0 3	n° structure (AM. FIVESS ou SIRET) 7 5 G 1 0 0 1 6 6

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date 2 5 0 6 2 0 2 4

signature



date

2 5 0 6 2 0 2 4

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale) (article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 1 à conserver par l'assuré(e)

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 TIMSIT TIMSIT YVES (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) nom et nº du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et nº de numéro d'immatriculation 1 | 5 | 6 | 0 | 9 | 9 | 9 | 3 | 5 | 1 | 0 | 7 l'organisme conventionné (pour les non salariés) [2,8]0,9]1,9,5,6; date de naissance adresse 48 RUE DE L'ERMITAGE 75020 PARIS 20 assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage nest 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 service: CCH CS DIABETO C PIED X687 la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers? partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : souléver les volets conditions de prise en charge de l'appareillage maladie 🔲 soins en rapport avec une ALD : oui 📕 non 📃 soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.212-1) oui accident du travail ou maladie professionnelle 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 appareil atypique sur devis (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) nature de l'appareil définitif provisoire renouvellement réparation descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc) Chaussures orthopédiques sur mesure et sur moulage classe B Modèle semi-montant, tige souple capitonné Orthèses souples, épaisses Semelles extérieures rigidifiées avec barre de roulement nom et prénom raison sociale **CCH CS DIABETO C PIED X687** Jocelyne M'BEMBA 27, rue du faubourg Saint Jacques 75014 PARIS 1 1 0 0 0 0 3 7 3 9 6 0 3 identifiant

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fauxse déclaration est passible de péncitiés financières, d'arrende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

signature