

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 KRUMHOLZ VINCENT

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

numéro d'immatriculation 1 6 3 0 8 7 5 1 0 8 0 0 7 6 1

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 0 5 0 8 1 9 6 3

adresse 58 RUE LA ROCHEFOUCAULT 75009 - 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

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 BOURGEON Muriel date de prescription 1 0 0 6 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 1 0 0 0 2 1 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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

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 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
TEL : 01 82 01 96 41

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

date 1 2 0 7 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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



 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. 

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 carte CPS

INFORMATIONS

PATIENT 

NIR : **1630875108007**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **NON**

[CHANGER DE PATIENT](#)



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

PLUS D'INFORMATIONS



[Le site de l'Assurance Maladie](#)



[Nomenclature des actes](#)

NOUS CONTACTER

3608  Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) | [Accessibilité : non conforme](#)



prescription médicale pour grand appareillage

VOLET 3
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service médical)

n° 12042*02

(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)

partie à compléter par l'assuré(e)

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

nom et prénom **KRUMHOLZ KRUMHOLZ VINCENT**

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

numéro d'immatriculation | 1 | 6 | 3 | 0 | 8 | 7 | 5 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | 7 | | 6 | 1 |

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 | 0 | 5 | 0 | 8 | 1 | 9 | 6 | 3 |

adresse **58 RUE DE LA ROCHEFOUCAULT
75009 PARIS 09**

o **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 | | | | | | | | | | | | | | | |

o **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée | | | | | | | | | | service : **ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656**

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

oui date | | | | | | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

**Chaussures sur mesure pour patient diabétique avec complications et antécédent de plaie du pied et ostéite avec déformation résiduelle et pied de Charcot
Risque de récurrence de plaie en cas de port de chaussure de série**

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BOURGEON MURIEL

raison sociale

ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

adresse

**157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART**

identifiant

| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 8 | 0 | 1 | 3 | 7 |

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) **9 2 0 1 0 0 0 2 1**

date

1 7 0 6 2 0 2 4

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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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



prescription médicale pour grand appareillage

VOLET 2
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service administratif)

n° 12042*02

(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)

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

numéro d'immatriculation | 1 | 6 | 3 | 0 | 8 | 7 | 5 | 1 | 0 | 8 | 0 | 0 | 7 | | 6 | 1 |

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 | 0 | 5 | 0 | 8 | 1 | 9 | 6 | 3 |

adresse **58 RUE DE LA ROCHEFOUCAULT
75009 PARIS 09**

● **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 | | | | | service : **ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656**

● **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 soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.212-1) 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 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)**

Une paire de chaussures sur mesure

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom BOURGEON MURIEL	raison sociale ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656
identifiant 1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7	adresse 157, rue de la porte de Trivaux 92140 CLAMART
date 1 7 0 6 2 0 2 4	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 2 1
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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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