

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 YVES CRUAUD

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

numéro d'immatriculation 156106938310411

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 10 10 1956

adresse 25 Rue des Renaudes, 75017 - 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 LAM THI XUAN YEN date de prescription 09 01 2025

identifiant 930021001 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 B, la paire LPP 2620400 808.94€
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 907.92€ € PRIX DE VENTE 907.92€ €

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 []

date [] - d'ordre administratif [] - motif :

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 CRUAUD Yves

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

numéro d'immatriculation 1561069383104 11

date de naissance 10/10/1956

nom et n° de centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)adresse 25 RUE DES RENAUTES
75017 PARIS 17

● assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom CRUAUD Yves

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

numéro d'immatriculation 1 56 10 69 383 104 11

● 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 soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L..115) 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, moyen de jonctions, etc)

1 paire de chaussures orthopédiques sur mesure
avec releveurs intégrés avec semelles orthopédiques
adaptes

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

D^r LAM Thi Xuan Yen

RPPS N° 10100325421

INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE

140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE

Tél. : 01 41 83 58 41 - Fax : 01 41 83 58 28

N° FINESS ET 930021001

identifiant

raison sociale

D^r LAM Thi Xuan Yen

RPPS N° 10100325421

INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE

140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE

Tél. : 01 41 83 58 41 - Fax : 01 41 83 58 28

N° FINESS ET 930021001

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date 09/01/2025

signature

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 CRUAUD Yves

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

numéro d'immatriculation 1561069383104 11

date de naissance 10/10/1956

nom et n° de centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

adresse 25 RUE DES RENAUTES
75017 PARIS 17

• assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom CRUAUD Yves

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

numéro d'immatriculation 1 56 10 69 383 104 11

• 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 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

Nauvrotisme péri-périphérique avec
élévation articulaire des deux yeux

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

D^r LAM Thi Xuan Yen

RPPS N° 10100325421
INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE
140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE
Tél. : 01 41 83 58 41 - Fax : 01 41 83 58 28
N° FINESS ET 930021001

identifiant

raison sociale

D^r LAM Thi Xuan Yen

adresse

RPPS N° 10100325421
INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE
140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE
Tél. : 01 41 83 58 41 - Fax : 01 41 83 58 28
N° FINESS ET 930021001

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date 09/01/2025

signature



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



i 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

i 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 : **1561069383104**

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie [Réclamations paiements](#)



SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE



PLUS D'INFORMATIONS



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



[Nomenclature des actes](#)

3608

Service gratuit + prix appel

[À propos](#) [Configuration](#) [Mentions légales](#) [CGU](#)

Accessibilité : non conforme