

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 déla	i 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'a 	ppareillage		
nom et prénom TRANCHO			
	lu nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		nom et n° du centre de paiement ou de la section
numéro d'immatriculation	290127511432795		mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)
date de naissance	11 12 1990		To gamma to the more point to the more same too.
9-11 RUE LEBOUIS ,	75014 - PARIS		
• assuré(e) (à remplir si la personn	ne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l	'assuré(e))	
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi d	lu nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation			
	partie à complé	ter par le fournisseur	
• conditions de prise en ch	arge de l'appareillage		
maladie soins en rapport a	vec une ALD : oui non		
accident du travail ou malad			autre
• identification du prescri	•		
nom et prénom LAURENT	PATRICIA	date de prescription	29 01 2025
identifiant 750834749	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)	
• position de la demande			
1ère attribution X 2ème attri	bution appareil provisoire	renouvellement rép	paration
• références L.P.P. de l'ap	pareil (codes et désignation de	es fournitures)	
Moulage, quelle que	dique sur mesure, de c soit la hauteur LPP 268 soit la hauteur LPP 268	1257 49.49€	PP 2620400 808.94€
• appareil atypique (joine	dre le devis détaillé)		
(art. R. 165-25 du Code sécuri BASE DE REMBOURSEMEN	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		PRIX DE VENTE 907.92€ €
DASE DE REVIDOURSEVIEN		d. l	
	identification du fournisseu		laquelle il exerce
67 PODO- CONVENT 12 RUE M 94230 - C	IIRABEAU	12, rue Mir	noble Associés Podo-Orthèse Appliquée abeau - 94230 CACHAN
identifiant 9 4 2 6 3	TIT O 3 - COMA T	(AM, FINESS ou SIRET) ZZ	7 4 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
date 31 01 2025 signature			
avis du médecin conseil			
accord	refus	- d'ordre médical	
	10145	- d'ordre administratif	- motif:
date		a orare administratii	



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

le dé	faut de réponse de l'organisme,	dans un délai de 15 iou	date de réception :	
à	compter de la date de réception	, équivaut à un accord		
 personne bénéficiaire de l 	personne bénéficiaire de l' 'appareillage	appareillage et assuré(e)		
nom et prénom TRANCHO				
	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))			
numéro d'immatriculation	290127511432795		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	11 12 1990			
adresse 9-11 RUE LEBOUIS	, 75014 - PARIS			
• assuré(e) (à remplir si la perso	nne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'	assuré(e))		
nom et prénom				
	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	1		
numéro d'immatriculation				
- conditions do naiss on a		er par le fournisseur		
• conditions de prise en c				
maladie soins en rapport	avec une ALD : oui non			
accident du travail ou mala	date date		autre	
• identification du presci	ripteur			
nom et prénom LAUREN	T PATRICIA	date de prescription	29 01 2025	
identifiant 75083474	9 n° structure (A	M, FINESS ou SIRET)		
 position de la demande 				
1ère attribution X 2ème att	ribution appareil provisoire	renouvellement répa	arationnuméro de l'appareil	
• références L.P.P. de l'a	ppareil (codes et désignation de	s 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 (join (art. R. 165-25 du Code sécu				
BASE DE REMBOURSEME			PRIX DE VENTE _907.92€ €	
identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce				
. , CADL DU				
_	AN LENOBLE ASSOCIES D-ORTHESE	raison sociale adresse Phan & Len	oble Associés	
CONVEN		Centre de P	odo-Orthèse Appliquée	
	MIRABEAU	12, rue Mira	abeau - 94230 CACHAN	
94230 -				
	3 1 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9	8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6	
date 31 01 2025	signature	Man		
	•			
avis du médecin conseil				
accord	refus	- d'ordre médical		
	_	- d'ordre administratif	- motif:	



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)

partie à compléter par l'assuré(e) • personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement rempli	e par le médecin)
nom et prénom TAINCKOT Alexa.	The second secon
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	
numéro d'immatriculation	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	Torganisme conventionne (pour les non saturies)
date de naissaire	
adresse	
	And the second s
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage nest pas l'assuré(e))	The second of th
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	and the second s
date d'entrée	
la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?	
oui date non	The second secon
Out unit	de la propriata compressada de la completa del la completa de la completa del la completa de la completa del la completa de la completa del la com
partie confidentielle réservée à l'information du méde	ein conseil
• le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en	
ستان بالمساعد المستقد المستحدين والمستعدد والمستعدد والمستعدد المستعدد والمستعدد والمستعد والمستعدد والمستعد والمستعدد والمستع	
INC Typlepe spestine	
Récesté de chausses 57 l'épadique	, pour
Me cente de chausses s'ispans	- (
	acho
auxilièrer le statilée à la mo	010-
med plas valgers	1111 00
(benéficiait ouparavout de co	ques flu no
bene harait	`
sufferet plus)_	
M. Ser J.	
	.
	A.e.
identification du prescripteur et de la structure dans laq	Relle if exerce
No.	AND THE PARTY OF T
nom et prénorAssociation des Paralysés de France	17 40 6 7 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10
Docteur Patricia LAURENT Spécialiste de Médecine Physique LAURENT	Or Malines of the State of the second
Spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation Résidence du Maho et 10001210839 Résidence du Maho et 10001210839	64 65 5 77 0 72 70 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
Résidence du Maine 9-11 rue Lebouis 75014 Paris Tél. 01 40 64 90 90 750 750 750 750 750 750 750 750 750 75	TO THE LONG OF THE PARTY AND
Tel. 01 40 64 80 80 - Fax 01 40 64 80 84	TO CANON OF CONTROL OF THE PROPERTY OF THE PRO
identifiant n° structure	CARCOS TIPITATION OF TONCE AND
La the street of the state of t	
9 0 10 10 95	
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de rénalités financières, d'amende et/ou d' (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article 1 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).	emprisonnemeni
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux répon formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprè s de votre org anisme pour les données vous concernant.	ses faites sur ce
Jonathan 2 - 20 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	



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 RANUT Aloua
nom et prénom RHN UPOT Alle (de naissance), suivi du nom d'usagé (facultatif et s'il y à lieu))
numéro d'immatriculation 290112 7.5141432 7.95 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 11/12/1980
adresse
• 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
• 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 date autre type d'appareil
prothèse membre supérieur prothèse 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)
Faire 1 paire de chaussus villépédiques sur mesure pour 2 pieds plots volgus
mesere pour 2 pieds plats volgus.
and the same and the same of t
identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce
nomet prénom raison sociale
paralysés de Franc
adresse Association des Paralysés de France
ASSOCIATION Patricia et de Réadaptation ASSOCIATION Patricia LAURENT Docteur Patricia LAURENT Docteur Physique et de Réadaptation Spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation Spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation Spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation RPPS 1001210839 RPPS 1001210839 RPPS 1001210839
Spécialiste de Meire 9-11 rue Lebouts 75014 Paris Spécialiste de Meire 9-11 rue Lebouts 75014 Paris Spécialiste de Meire 9-11 rue Lebouts 75014 Paris RPPS (0001210839) RPPS (0001210839) RPPS (0001210839) 10° structure FINESS: 750834749 In° structure FINESS: 750834749 In° structure FINESS: 750834749 In Structure FINESS: 750834749
nomet prénom Association des Paralysés de France
date $\frac{19}{0}$ / $\frac{1025}{1025}$ signature
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de péralités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L 14-19-1 du Code de la sécurité sociale).



amelipro



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 **2901275114327**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT: OUI

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

CHANGER DE PATIE

UNE DEMANDE?

Contacter l'Assurance Malédiamations paiements