

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

e défa	ut de r	épons	e de l'o	organismo	e, dans un	délai d	de 15 j	ours,
					n. équiva			

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage	l'appareillage et assuré(e)					
nom et prénom FENECH NORY						
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))						
numéro d'immatriculation 1 5 0 0 2 7 3 2 4 8						
date de naissance	l'organisme conventionné (pour les non salariés)					
adresse 31 GRANDE RUE 77200 - TORCY						
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l	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 complé • conditions de prise en charge de l'appareillage	ter par le fournisseur					
accident du travail ou maladie professionnelle date	autre					
identification du prescripteur						
nom et prénom BERKANE NARIMANE	date de prescription 2 5 0 3 2 0 2 4					
identifiant 7 7 0 0 1 9 0 3 2 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 de	es fournitures)					
LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur me LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la haute LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la haute - Supplément esthétique	eur					
• appareil atypique [joindre le devis détaillé)	·					
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 1212.92 €	PRIX DE VENTE 1212.92 €					
identification du fournisseu	ır et de la structure dans laquelle il exerce					
nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES 67 PODO-ORTHESE CONVENTIONNE 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN	raison sociale adresse 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 0 1 6					
date 2 9 0 3 2 0 2 4 signature	- Une					
avis du i	médecin conseil					
accord refus	- d'ordre médical					
Totals	- d'ordre administratif - motif :					
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)

date

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 2	
à adresser et à conserver au service médical	
de réception :	

personne bénéficiaire • personne bénéficiaire de l'appareillage	e de l'appareillage et assuré(e)						
nom et prénom FENECH NORY							
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a la							
numéro d'immatriculation 1 5 0 0 2 7 3 2	1 8 0 6 0 8 9 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 4 0 2 1 9 5 0							
adresse 31 GRANDE RUE 77200 - TORCY							
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'e	st pas l'assuré(e))						
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a la	ieu))						
numéro d'immatriculation							
partie à co • conditions de prise en charge de l'appareillage	mpléter 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 BERKANE NARIMANE	date de prescription 2 5 0 3 2 0 2 4						
	cture (AM, FINESS ou SIRET)						
• position de la demande							
1ère attribution 2ème attribution appareil provisoire	renouvellement réparation numéro de l'appareil						
• références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation	on des fournitures)						
LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la h LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la h - Supplément esthétique	auteur						
• appareil atypique [(joindre le devis détaillé)							
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 1212.92 €	PRIX DE VENTE 1212.92 6						
identification du four	nisseur et de la structure dans laquelle il exerce						
nom et prénom SARI PHANTENORIE ASSOC	raison sociale						
nom et prenom SARL PHAN LENOBLE ASSOC 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 0 1 6						
date 2 9 0 3 2 0 2 4 signature	- Une						
avis du médecin conseil							
accord refus	- d'ordre médical						
date	- d'ordre administratif - motif :						

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 3 destiné à l'organisme

n° 12042*02

					(service médical)
 personne bénéficiaire de l'aj 		rtie à compléter par nom et prénom" est obli		par le médecin)	
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi de numéro d'immatriculation	FENECH NORY			nom et n° du centre mutualiste (pour l	de paiement ou de la section es xalariés) ou nom et n° de tionné (pour les non salariés)
date de naissance	NN FENECH IEP: 612858814	24/02/1950	M	rorganisme conven	uonne (pour tes non saturies)
adresse	H: 2544 M: 2544				- 10 A THE
• assuré(e) (à remplir si la person nom et prénom	IPP: 1021164660	LE: 25/03/2024 74 ans			
(nom de famille (de naissance), suivi du numéro d'immatriculation	nom d'usage (facultatif et s	s'il y a lieu))			
• en cas d'hospitalisation en c					
date d'entrée la prescription fait-elle suit	scrvice : e à un accident causé	par un tiers ?			
oui date		non 🗆			
pa	rtie confidentielle i	réservée à l'inforn	nation du médec	in conseil	
• le prescripteur doit indiqu	er ci-dessous les élém	ients médicaux just	ifiant la prise en c	harge de l'app	areillage
Dial	setipue spakue sulad	-			
New	spaklud	2			
Que	setod	io li	allo M	éta	Garche
7					
					-

nom et prénom 889862014 104648	raison sociale
Endograni logie - Disbetologie	adresse
mand the second of the new light	2
identifiant	n° structure (AM. FINESS ou SIRET)

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 concernent.

S 3135 b

UCANSS - Barlerin

HUMECTEZ ICI



prescription medicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 1 à conserver par l'assuré(e)

• personne bénéficiaire de l	FENECH NORY		uré(e) ^r ement remplie	par le médecin)	
(nom de famille (de naissance), suivi	NN FENECH 24/02/	1950 M			
numéro d'immatriculation	1EP: 612858814 24/02/			nom et nº du centre de paier mutualiste (pour les salar l'organisme conventionné (p	nent ou de la section iés) ou nom et n° de our les non salariés)
date de naissance	H: 2544 M: 2544 LE: 25/	03/2024			
adresse	IPP: 1021164660 74 an	s	to the first incompletely decomposition, where providing		
• assuré(e) (à remplir si la person	ne qui bénéficie de l'appareillage dest pas	s l'assuré(e))			
nom et prénom	du nom d'usage (facultatif et s'il v a lieu))				
numéro d'immatriculation	au nom a usage (acunan) er s u y a neu))		11 - 11		
• en cas d'hospitalisation en	cours	<u> </u>	<u> </u>		
date d'entrée	service :				
• la prescription fait-elle su	ite à un accident causé par un tie	ers ?			
oui date	non				
• conditions de prise en c		ēr les volets 1.e	t 2 pour comple	èter la partie confidentic	elle du volet 3)
maladie soins en rapport a	vec une ALD : oui 🔲 non 🔲 soin	ıs dispensés au	titre d'une pen	sion militaire (art. L.11	5) oui 📗 non 🔲
accident du travail ou mala	die professionnelle 🔲 date	<u> </u>		autr	e 🗌
• type d'appareil	and the state of t	porture per property, despertuages to them, and the second		age s armingar som a marke still skill of the distinguish and an analysis and a second of Florence in	
prothèse membre supérieur [orthèse membre supérieur [prothèse membre inférie	_	orthèse tr	one 🗆	
prothèse oculaire et maxillo-fa		=		atypique sur devis 65-25 du Code sécurité s	sociale)
• nature de l'appareil					
définitif 🗌	provisoire	re	nouvellement		réparation 🔲
 descriptif précis de l'ap 	pareil (matériaux, segments, 1	moyens de jo	onctions, etc))	
chau	sseurs orli mesure ave utomb	geld	ique		
Den 1	mesure and	∞ Λ	roula	ype	
Mo	ntom6			J	
	identification du prescripteur e				
nom et prénom		raison socia	ile		
Dr i.ave	al de l'Est Francilion Marne-la-Vallée hane BERKANE	adresse			
identifiant RPP	egie Diabétologie 10107986530	n° structure (AM, FINESS ou			
date 25 63 2	signature				

IDENTIFICATION DU PATIENT

PATIENT

NIR: 1500273248060 RATTACHEMENT

Régime : **REGIME GENERAL**

DROITS

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération: OUI

MT : OUI

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes régissant les remboursements des soins.

