

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**

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **OMEKENGE DJANGA EMMANUEL**

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

numéro d'immatriculation **1 5 4 1 1 9 9 3 1 2 2 2 7 6 1**

date de naissance **1 1 1 1 1 9 5 4**

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)

adresse

9 BIS CHAUSSEE PARIS / 1ER ETAGE 77124 - VILLENOY

• 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 **1 1 1 1 1 9 5 4**

partie à compléter par le fournisseur

• conditions de prise en charge de l'appareillage

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non

accident du travail ou maladie professionnelle date **2 7 0 6 2 0 2 4** autre

• identification du prescripteur

nom et prénom **NETES Laura-Otilia**

date de prescription

2 7 0 6 2 0 2 4

identifiant **7 7 0 0 0 0 4 4 6** n° structure (AM, FINESS ou SIRET) **1 1 1 1 1 9 5 4**

• position de la demande

1ère attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement réparation **1 1 1 1 1 9 5 4** 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 **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
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

avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

date **1 1 1 1 1 9 5 4**

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**

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **OMEKENGE DJANGA EMMANUEL**

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

numéro d'immatriculation **1 5 4 1 1 9 9 3 1 2 2 2 7 6 1**

date de naissance **1 1 1 1 1 9 5 4**

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)

adresse

9 BIS CHAUSSEE PARIS / 1ER ETAGE 77124 - VILLENOY

• 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 soins en rapport avec une ALD : oui non

accident du travail ou maladie professionnelle date autre

• identification du prescripteur

nom et prénom **NETES Laura-Otilia**

date de prescription **2 7 0 6 2 0 2 4**

identifiant **7 7 0 0 0 0 4 4 6** n° structure (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 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 **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
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

avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif - motif :

(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. X

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 : **1541199312227**

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](#)

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

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

VOLET 3

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

• personne bénéficiaire

nom et prénom

(nom de famille (de naissance)

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

OMEKENGE DJANGA

EMMANUEL

NN : OMEKENGE DJANGA

EP : 612934667 11/11/1954



M

H : 1544 M : 1544

LE 02/05/2024

69 ans

IPP : 100236423

l'assuré(e)

soitièrement remplie par le médecin)

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)

• 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 :

• 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

Diabétique -

AVC en 2003

Pied paralysé - déficit du relevage,

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

Dr. NETES Laura-Otilia

Hôpital Sainte-Clotilde

GHEF - Site de Meaux

adresse

Diabétologie Endocrinologie HTA

n° structure

RPPS N° 10101217742

(AM, FINESSE 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 concernant.

HUMECTEZ ICI

S 3135 b

prescription médicale 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 d nom et prénom (nom de famille (de naissance), su numéro d'immatriculation date de naissance	OMEKENG DJANGA EMMANUEL NN : OMEKENGE DJANGA IEP : 612934667 11/11/1954	ur(e)(e) évent remplie par le médecin)
adresse	H : 1544 M : 1544 LE 02/05/2024 IPP : 100236423 69 ans	M 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)

• 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 :
---------------	-----------

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

oui <input type="checkbox"/> date	non <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	------------------------------

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 <input checked="" type="checkbox"/> soins en rapport avec une ALD : oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.115) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--

accident du travail ou maladie professionnelle	date	autre
--	------	-------

• type d'appareil

prothèse membre supérieur <input type="checkbox"/>	prothèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	
orthèse membre supérieur <input type="checkbox"/>	orthèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	orthèse tronc <input type="checkbox"/>
prothèse oculaire et maxillo-faciale <input type="checkbox"/>	podo-orthèses <input checked="" type="checkbox"/>	appareil atypique sur devis <input type="checkbox"/> (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

• nature de l'appareil

définitif <input checked="" type="checkbox"/>	provisoire <input type="checkbox"/>	renouvellement <input type="checkbox"/>	réparation <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------	---	-------------------------------------

• descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure
sur moule - pied droit montant, orthèse avec
base de soutien.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce	
nom et prénom <i>NETES Laura - Otilia</i>	raison sociale
identifiant GHEF - Site de Meaux Diabétologie-Endocrinologie HTA	adresse
date 27/06/2024	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 concernant.