



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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom ROUYER GERALD

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

numéro d'immatriculation 166117501218347

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 23 11 1966

adresse 1bis Rue André Dautriche , 77450 - Lesches

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 19 09 2024

identifiant 770000446 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)

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 27 09 2024

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 Mr ROUYER GERALD
nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)
numéro d'immatriculation 166117501218367
date de naissance 23/11/1966

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

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 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 [x] soins en rapport avec une ALD : oui [x] 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 [x] appareil atypique sur devis [ ]
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

nature de l'appareil

définitif [x] provisoire [ ] renouvellement [ ] réparation [ ]

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

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure et des orthèses en première mise suite amputation de tous les orteils gauche.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom Mks Laine
raison sociale
adresse
n° structure (AM, FINESSE ou SIRET)

DR NETES LAINE ORLAIN
CHIEF - Site de Meaux
Diabétologie Endocrinologie HTA
RPPS N° 10101217742

identifiant
date 190924 signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible des 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. 102-1-14 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.

S 3135 b

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: *YVES GERAUD*  
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
numéro d'immatriculation: *1501178013153171*  
date de naissance: *23/11/56*  
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

● 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

*Diabète + pue avec amputation.*

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom: *Laura Otilia*  
raison sociale: *GHEF - Site de Meaux*  
adresse: *1010217742*  
identifiant: *1010217742*  
n° structure (AM, FINISS ou SIRET): *1010217742*  
date: *10/02/20*  
signature: *[Signature]*

**Dr NETES Laura-Otilia**  
**GHEF - Site de Meaux**  
**Diabétologie Endocrinologie HPA**  
**RPPS N° 1010217742**

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.

S 3135 b



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**amelipro**

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



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 :

**1661175012183** 

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

Autres bénéficiaires :

Sélectionne ▼

**CHANGER DE PATIENT**



**SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS  
IDENTIFIANT/MOT DE**

**UN PROBLÈME, UNE QUESTION?**