

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 accordVOLET 1
à adresser au service médical
et destiné au service administratif

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom FRANCOISE RIT BAZILIQUE

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

numéro d'immatriculation 256117511226524

date de naissance 17 11 1956

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

47 Rue Colette , 77860 - Quincy-Voisins

• 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 LAPORTE Cédric

date de prescription 04 12 2024

identifiant 771055811

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 20 12 2024

signature



avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- 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)

VOLET 2

à adresser et à conserver
au service médicalle 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 FRANCOISE RIT BAZILIQUE

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

numéro d'immatriculation 256117511226524

date de naissance 17 11 1956

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

47 Rue Colette , 77860 - Quincy-Voisins

• 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 LAPORTE Cédric

date de prescription 04 12 2024

identifiant 771055811

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 20 12 2024

signature



avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐ - motif :

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 BAZILIQUE FRANCOISE RIT

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

numéro d'immatriculation 256 11 75 112 2 65 24

date de naissance 17 11 1956

adresse 47, rue Colette 11860 Quincy-Voisins

- **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 et, s'il y a lieu, 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 ☒ 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 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, moyens de jonctions, etc)**

Chaussures Thérapeutiques à faire SUR MESURE ET SUR MOULAGE ;
DEUX PAIRES

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom LAPORTE Cédric

Docteur Cédric LAPORTE
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Conventionné Honoraires Libres
Clinique Saint Faron
Rue Charles de Gaulle
77100 Mareuil les Meaux
77 1 05581 1

raison sociale

adresse 1143 R CHARLES DE GAULLE 77100 MAREUIL
LES MEAUX

n° structure

R.M. FINESS (SIREN) 7 7 1 0 5 5 8 1 1

date 0 4 1 2 2 0 2 4

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 BAZILIQUE FRANCOISE RiT

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

numéro d'immatriculation 256117511226524

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 17/11/1956

adresse 47, rue Colette 77860 Quincy-Voisins

* 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 ☐ datenon ☐

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 ☐ nonaccident 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, moyens de jonctions, etc)

Chaussures Thérapeutiques à faire SUR MESURE ET SUR MOULAGE ;
DEUX PAIRES

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Cédric LAFORTE
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Conventionné Honoraires Libres
Clinique Saint Faron
Rue Charles de Gaulle
77100 Mareuil les Méaux
=> 771055811

raison sociale

adresse 1143 R CHARLES DE GAULLE 77100 MAREUIL
LES MEAUX

n° structure

(444 4555555555) 7 7 1 0 5 5 8 1 1

identifiant

date 04/12/2024

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 **BAZILIQUE FRANCOISE RIT**

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

numéro d'immatriculation **256 11 75 112 265 24**

(num et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou num et n° de l'organisme complémentaire (pour les non salariés))

date de naissance **17 11 1956**

adresse **47, rue Colette 77860 Quincy-Soisins**

- **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))

Idem

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**

Avant pieds rhumatoïdes opérés
 ALD

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **LAPORTE Cedric**

raison sociale

Docteur Cédric LAPORTE
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
 Conventionné Honoraires Libres
 - **Clinique Saint Faron**
 Rue Charles de Gaulle
 77100 Mareuil les Meaux
 => 77 1 05581 1

adresse **1143 R CHARLES DE GAULLE 77100 MAREUIL
 LES MEAUX**

n° structure **7 7 1 0 5 5 8 1 1**

date **0 4 1 2 2 0 2 4**

signature

(Qui osera se rendre coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement
 (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 314-17-1 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.

Mon numéro : 2 56 11 75 112 265 24
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 BAZILIQUE Françoise

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 04/12/2024 au 03/12/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 771 6111	11	2 56 11 75 112 265 24	
Bénéficiaires(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	N° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)		Né(e) le / rang
BAZILIQUE Françoise RIT a déclaré un médecin traitant	2 56 11 75 112 265 24		17/11/1956 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont