

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

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

date de réception :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom CHANTAL BUREAU

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

numéro d'immatriculation 256079935137583

date de naissance 22 07 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 24 Rue de Villaré , 77730 - Citry

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non [ ]

accident du travail ou maladie professionnelle [ ] date [ ] autre [ ]

identification du prescripteur

nom et prénom NETES Laura-Otilia

date de prescription 23 01 2025

identifiant 770000446

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 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

raison sociale
adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

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 1 6

date 03 02 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ]

date [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....



• **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom **BUREAU CHANTAL** **22/07/1956** **68**  
(nom de famille (de naissance), s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation **NN : DOUCET** **F**  
**IEP : 613327918**

date de naissance

adresse

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

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)

**BUREAU CHANTAL**  
**NN : DOUCET**  
**IEP : 613327918**  
**H : 1837 M : 1837 LE 20/12/2024**  
**IPP : 302035333**

• **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.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  podos-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 orthopédiques sur mesures et sur mesure -

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Netes Laura-Otilia**

identifiant **Dr NETES Laura-Otilia**  
**GHEF - Site de Meauville**  
**Diabétologie Endocrinologie HTA**  
**RPPS N° 10101217742**

date **03/01/2025**

signature

n° structure (AM, FINES ou SIRET)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines 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.

partie à compléter par l'assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" - \*obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom  
*(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage)*

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

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)

22/07/1956  
68  
F

BUREAU  
CHANTAL  
NN : DOUCET  
IEP : 613327918

H : 1837 M : 1837 LE 20/12/2024  
IPP : 302035333

• assuré(e) (à remplir si le bénéficiaire n'est pas le salarié de l'organisme conventionné)

nom et prénom  
*(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage)*

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  
Bilanose lymphatique  
Troubles oculaires

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

Dr NETES Laura Otilia  
GHEF - Site de Meaux  
Diabétologie Endocrinologie HTA  
RPPS N° 10401217742

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.

S 3135 b

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

UCANS - Barferrin



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 : 2560799351375 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**

## UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie pour vos réclamations paiements



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS  
IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf