

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 PHILIPPE AFONSO

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

numéro d'immatriculation 170069403401626

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 08 06 1970

adresse 4 Rue des Moulins , 91150 - Étampes

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 COSTANZO Alessandro date de prescription 27 11 2024

identifiant 920150091 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

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 13 12 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

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 :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom PHILIPPE AFONSO

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

numéro d'immatriculation 170069403401626

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 08 06 1970

adresse 4 Rue des Moulins , 91150 - Étampes

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 COSTANZO Alessandro date de prescription 27 11 2024

identifiant 920150091 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

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 13 12 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

| **amelipro**



-



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.



Une nouvelle rubrique « Une demande ? » est disponible, regroupant l'ensemble des téléservices qui vous permettent de nous contacter. De plus, un nouveau service « Réclamations paiements » est ajouté dans cette rubrique si votre question concerne un paiement pour un dossier relatif à un patient du Régime général.

## 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 : **1700694034016** 

Régime : **REGIME  
GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du  
jour : **OUI**

Exonération TM :  
**OUI**

[CHANGER DE PATIE](#)

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

● 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

Patient 59 ans, diabète, gaffé caduque.  
Amputation trans-tarso-metatarsiennes bilatérales  
Non cicatrisation avec NPP box ballon droit.  
Évolution négligée → escarres  
Fonges non cicatrisation.  
Nécessité de l'usage +++.

GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH

SITE HOPITAL MARIE-LANNELONGUE

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

● nom et prénom

DR. ANNE LONGUE

Tel: 01.40.94.28.00

92 3 15009 1

Dr. Alessandra COSTANZO

Chirurgie Vasculaire

identifiant : 10001612463

date : 27/11/2014

signature

raison sociale GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH

adresse SITE HOPITAL MARIE-LANNELONGUE

HDS Médecine Vasculaire

133, avenue de la Résistance

92350 LE PLESSIS ROBINSON

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) Numéro Finess : 92 0 15009 1

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

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 **AFONSO PHILIPPE**

(nom de famille (de naissance)

numéro d'immatriculat **08/06/1970 (54 ans) V2**

date de naissance **Né(e) AFONSO M**

IPP : **111063044**

adresse **début séj : 25/11/2024**

**Séj : 124564250**

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

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  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  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)

*Une paire de chaussures orthopédiques sur semelles et sur montages - Soles montées sur semelles épaissies 2 cm*

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

133 avenue de la Résistance

nom et prénom **92350 LE PLESSIS ROBINSON**

Tél: **01.40.94.28.00**

**92 0 15009 1**

**Docteur Alessandro COSTANZO**

Chirurgie Vasculaire

identifiant **10001612463**

date **27/11/2024** signature

**GRUPE HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH**

**SITE HOPITAL MARIE-LANNELONGUE**

adresse **HDS Médecine Vasculaire**

**133, avenue de la Résistance**

**92350 LE PLESSIS ROBINSON**

n° structure **92 0 15009 1**

(AM, FIN, N° 123456)

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