

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 FRANCISCA TAVARES

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

numéro d'immatriculation 248079903950010

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 15 07 1948

adresse

10 Allée des Moulins , 91190 - Gif-sur-Yvette

● 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

date de prescription

identifiant

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 31 01 2025

signature 

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical - d'ordre administratif

- motif :

date



n°12042*02

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)

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 **TAVARES FERREIRA Francisca (née LEITE ALVES)**

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

Numéro d'immatriculation **248079903950010**

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 **15/07/1948**

adresse **10 ALLEE DES MOULINS
91190 GIF SUR YVETTE**

• **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 **06/01/2025** 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**

- Hémiplégie gauche → pied varus équin gauche
- Diabète insulino-dépendant
- Insuffisance rénale dialysée
- 1er AVC en Mai 2023
- HTA
- Hypothyroïdie
- Obésité morbide
- Cancer du sein gauche traité par chirurgie et radiothérapie en 2008
- Syndrome d'apnée du sommeil appareillé
- Insuffisance cardiaque
- Glaucome
- Pas d'intoxication alcool-tabagique
- Immunité contre le COVID : 4 doses de vaccins + 1 infection COVID 19.
- Cancer du sein gauche
- Tumeur du sein droit traitée par chirurgie il y a plusieurs années
- Cancer cutané localisé en regard du grand pectoral droit
- Cataracte bilatérale

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

raison sociale **Maison de l'Yvette**
adresse **2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY**

identifiant **10107961145**

n° structure **910800986**
(AM, FINESS ou SIRET)

date **30/01/2025**

2, Rue Guy Moquet - 91400 Orsay
 Tél. 01 82 72 45 86 / Fax 01 82 72 45 87
 SSR Neuro-Ortho MPR
 10107961145
BOUAZIZ-JERIBI
 RPPS
 Dr Salma Bouaziz-Jeribi
 signature

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 06 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



n°12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

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

Volet 2
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service administratif)

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 **TAVARES FERREIRA Francisca (née LEITE ALVES)**

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

Numéro d'immatriculation **248079903950010**

Date de naissance **15/07/1948**

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 **10 ALLEE DES MOULINS
91190 GIF SUR YVETTE**

• **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 **06/01/2025** 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'appareillage**

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 sur moulage pour pied varus équin gauche avec releveur intégré

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

identifiant 10107961145

raison sociale **Maison de l'Yvette**
adresse **2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY**

n° structure **910800986**
(AM, FINESS ou SIRET)

*DR SALMA BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Ortho MPR
2, Rue Guy Moquet - 91400 Orsay
Tél 01 82 72 45 86 / Fax 01 82 72 45 87*

date **30/01/2025**

signature

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 06 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



n°12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

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

Volet 1

A conserver par l'assuré(e)

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 TAVARES FERREIRA Francisca (née LEITE ALVES)

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

Numéro d'immatriculation 248079903950010

Date de naissance 15/07/1948

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 10 ALLEE DES MOULINS
91190 GIF SUR YVETTE

- 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 06/01/2025 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'appareillage

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 sur moulage pour pied varus équin gauche avec releveur intégré

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

raison sociale Maison de l'Yvette

adresse 2, rue Guy Moquet

91400 ORSAY

identifiant 10107961145

n° structure 910800986

(AM, FINESS ou SIRET)

date 30/01/2025

signature

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 06 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



-



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 : **2480799039500** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

[CHANGER DE PATIE](#)

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Rédiger des informations paiements](#)