

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **SERGE VIOLAMER**

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

numéro d'immatriculation **171049407802571**

date de naissance **02 04 1971**

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
2 Rue Paul Gauguin , 91600 - Savigny-sur-Orge

• 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 **BOUAZIZ JERIBI SALMA**

date de prescription

13 02 2025

identifiant **910800986** 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 **Phan & Lenoble Associés**
adresse **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 0 1 6**

date **21 02 2025**

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **SERGE VIOLAMER**

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

numéro d'immatriculation **171049407802571**

date de naissance **02 04 1971**

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
2 Rue Paul Gauguin , 91600 - Savigny-sur-Orge

• 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 **BOUAZIZ JERIBI SALMA**

date de prescription

13 02 2025

identifiant **910800986** 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 **Phan & Lenoble Associés**
adresse **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 0 1 6**

date **21 02 2025**

signature



avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

date

.....

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS PATIENT



NIR : **1710494078025**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)



3608 

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 **VIOLAMER Serge**

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

Numéro d'immatriculation **171049407802571**

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 **02/04/1971**adresse **02 RUE PAUL GAUGUIN
91600 SAVIGNY SUR ORGE**

- 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 **15/07/2024** service : O SOINS SUITE READAPT.

- la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui datenon

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

Grabatisation chez un patient présentant une SPA dans un contexte d'hypersensibilité aux NLP, complications infectieuses, RAU récidivantes, dénutrition avec amaigrissement et sarcopénie, avec développement d'ostéome responsable d'attitudes vicieuses aux M1e (flessum du genou a droite)

Découverte à l'EMG d'une polyneuropathie SM longueur dépendante axonale sévère

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Ortho MPR
2, Rue Guy Moquet 91400 Orsay
Tel. 01 82 72 46 86 / Fax 01 82 72 46 87

identifiant 10107961145

raison sociale **Maison de l'Yvette**adresse **2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY**n° structure **910800986**
(AM, FINESS ou SIRET)date **13/02/2025**

signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de penalties 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

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 **VIOLAMER Serge**

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

Numéro d'immatriculation **171049407802571**Date de naissance **02/04/1971**

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 **02 RUE PAUL GAUGUIN
91600 SAVIGNY SUR ORGE**

• 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 **15/07/2024** service : O SOINS SUITE READAPT.

• 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 <input type="checkbox"/> | prothèse membre inférieur <input type="checkbox"/> |
| orthèse membre supérieur <input type="checkbox"/> | orthèse membre inférieur <input type="checkbox"/> |
| prothèse oculaire et maxillo-faciale <input type="checkbox"/> | podo-orthèses <input checked="" type="checkbox"/> |
| orthèse tronc <input type="checkbox"/> | |
| appareil atypique sur devis <input type="checkbox"/> | |
| (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 équin prédominant à droite

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

| | |
|--|--|
| nom et prénom DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA | raison sociale Maison de l'Yvette |
| identifiant 10107961145 | adresse 2, rue Guy Moquet 91400 ORSAY |
| RPPS 10107961145 SSR Neuro-Ortho MPR 2, Rue Guy Moquet - 91400 Orsay Tél. 01 82 72 46 86 / Fax 01 82 72 46 87 | |
| n° structure 910800986 (AM, FINESS ou SIRET) | |

date **13/02/2025**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