

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 SERGE TRESOR TSHIMBALANGA KASSUY

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

numéro d'immatriculation 183109931210804

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 31 10 1983

adresse 8 Boulevard Aristide Briand , 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 LOISEAU Karine

date de prescription 29 08 2024

identifiant 750100083

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 21 02 2025

signature

avis du médecin conseil

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





## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

### INFORMATIONS PATIENT



NIR : **1831099312108**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **NON**

[CHANGER DE PATIENT](#)

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

**3608** Service gratuit + prix appel

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 TSHIMBALANGA KASSUY TSHIMBALANGA KASSUY SERGE TRESOR

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

numéro d'immatriculation 1 8 3 1 0 9 9 3 1 2 1 0 8 0 4

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 3 1 1 0 1 9 8 3

adresse 08 bv aristide briand  
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 service : RTH REED NEURO PR ROBAIN

● 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)

CHTM classe B - montante ou pas (a voir)  
compensaat la diff de longueur (MID plus court)  
OP compensatrice (talus, pied creux-griffes +++)  
capitonée ++

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
LOISEAU KARINE

raison sociale  
HOPITAL ROTHSCHILD  
adresse  
5, rue Santerre  
75012 PARIS

identifiant 1 0 0 0 3 1 3 6 7 8 4

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 0 8 3

date 2 9 0 8 2 0 2 4

signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

Quiconque se rend 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. 114-17-1 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.