

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 SOURIA CHERRAD

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

numéro d'immatriculation 265017511457028

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 23 01 1965

adresse

10 sentier des poiriers de cloches , 91620 - La Ville-du-Bois

● 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 03 04 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 833.21€
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 932.19€ €

PRIX DE VENTE 932.19€ €

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 25 04 2025

signature



avis du médecin conseil

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



MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

INFORMATIONS PATIENT



NIR : **2650175114570**

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 Service gratuit + prix appel



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 **CHERRAD Souria (née CHERRAD)**

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

Numéro d'immatriculation **265017511457028**Date de naissance **23/01/1965**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 SENTIER DES POIRIERS DE CLOCHE
91620 LA VILLE DU BOIS**

• 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 **24/04/2025** 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

Patiente présente une hémiplegie gauche à prédominance brachiale

Pied varus équin spastique

ATCDs :

-Arythmie cardiaque (fibrillation auriculaire et flutter) diagnostiquée en 1994, dans un contexte de cardiomyopathie hypertrophique.

-Pose de pace maker vers 2006, puis d'un défibrillateur automatique implantable en Mars

-AVC ischémique sylvien droit en 2008 avec hémiplegie gauche séquellaire.

- Récidive d'un infarctus sylvien droit sur ACFA emboligène, devant un doute sur la présence d'un thrombus apical, une décision collégiale

de remplacer l'Eliquis par la Coumadine.

-Diabète de type 2 découvert vers 2008)

Tabagisme sevré fin Mars 2019

Syndrome dépressif traité par SEROPLEX en 2018

Pyélonéphrite à E. Coli en Octobre 2017

-Plusieurs crises de colique néphrétique, dont la dernière en 2013.

-Fracture de l'humérus proximal gauche en Mars 2018 après une chute.

-Adénomes surrenaliens bilatéraux qui seraient stables selon une observation médicale datant à 12/2023.

(non bilanté selon patiente)

-Ostéoporose

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)date **24/04/2025**

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Orsay
2, Rue Guy Moquet 91400 ORSAY
Tél. 01 82 72 45 88 / Fax 01 82 72 45 87

signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines d'ignominies, 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



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 **CHERRAD Souria (née CHERRAD)**

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

Numéro d'immatriculation **265017511457028**Date de naissance **23/01/1965**

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 SENTIER DES POIRIERS DE CLOCHE
91620 LA VILLE DU BOIS**

- 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 **24/04/2025** 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 <input type="checkbox"/>	prothèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	orthèse tronc <input type="checkbox"/>
orthèse membre supérieur <input type="checkbox"/>	orthèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	appareil atypique sur devis <input type="checkbox"/>
prothèse oculaire et maxillo-faciale <input type="checkbox"/>	podo-orthèses <input checked="" 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 avec releveurs intégré à gauche

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMAraison sociale **Maison de l'Yvette**
adresse **2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY**

identifiant 10107961145

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

date 24/04/2025

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Ortho MPR
2, Rue Guy Moquet - 91400 Orsay
Tél 01 82 72 45 88 / Fax 01 82 72 45 87

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