

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 BEN SALEM NAIMA

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

numéro d'immatriculation 2 5 5 0 6 9 9 3 5 1 8 9 9 7 7

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 2 0 0 6 1 9 5 5

adresse 4 RUE DE L AGRICULTURE 92700 - COLOMBES

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 HAOUAT Emna date de prescription 0 9 0 4 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 0 0 0 5 7 7 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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

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
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 1 9 0 4 2 0 2 4

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)

**VOLET 2**  
à adresser et à conserver  
au service médical

**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 :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)**

**● personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom **BEN SALEM NAIMA**

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

numéro d'immatriculation **2 5 5 0 6 9 9 3 5 1 8 9 9 7 7**

*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 **2 0 0 6 1 9 5 5**

adresse  
**4 RUE DE L AGRICULTURE 92700 - COLOMBES**

**● 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 **HAOUAT Emna** date de prescription **0 9 0 4 2 0 2 4**

identifiant **9 2 0 0 0 0 5 7 7** 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)**

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire  
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur  
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

**● 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**

<p>nom et prénom <b>SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES</b> <b>67 PODO-ORTHESE</b> <b>CONVENTIONNE</b> <b>12 RUE MIRABEAU</b> <b>94230 - CACHAN</b></p> <p>identifiant <b>9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1</b></p>	<p>raison sociale adresse <b>Phan &amp; Lenoble Associés</b> <b>Centre de Podo-Orthèse Appliquée</b> <b>12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN</b> <b>TEL : 01 82 01 96 41</b></p> <p>n° structure (AM, FINESS ou SIRET) <b>5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6</b></p>
---	--

date **1 9 0 4 2 0 2 4** signature

**avis du médecin conseil**

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

date

## IDENTIFICATION DU PATIENT

### PATIENT

NIR : 2550699351899

### RATTACHEMENT

Régime : REGIME GENERAL

### DROITS

Droits à la date du jour : OUI

Exonération : OUI

MT : OUI

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes régissant les remboursements des soins.

Partie à compléter (c) et remplie par le médecin

● **personne bénéficiaire de l'appareillage**  
 nom et prénom  
*(nom de famille (de naissance), suivi de*  
 numéro d'immatriculation  
 date de naissance  
 adresse

IPP : 000017456158 Sexe : F  
 Nom nais.: BOUCHOUCHA  
 Nom: BEN SALEM  
 Prén: NAIMA  
 Né(e) le: 20/06/1955

J 424002418 UF : 3574

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 utilise 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

Diabète  
 Neuropathie  
 Helux valgus bilatéral.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
 raison sociale  
 adresse  
 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)  
 date signature

Praticien Hospitalier  
 Service de Diabète  
 N° RPPS  
 408 avenue de la République  
 92100 NANTERRE

Emma JAOUAT  
 Hôpital Max Foureslier  
 Centre de Technologie  
 92100 NANTERRE  
 N° FINESS 92100377

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.

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

UCANS - Barleim

