

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 AMEZIANE ALLAL

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

numéro d'immatriculation 1 4 7 5 5 9 9 3 5 0 3 3 2

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 2 1 9 4 7

adresse 56 AVENUE GABRIEL PERI / APPT BAT 13 / ETAGE 13 92230 - GENNEVILLIERS

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 2 7 0 2 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 907.9 € PRIX DE VENTE 907.9 €

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 0 1 0 3 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical []

date [] - d'ordre administratif [] - motif :

IDENTIFICATION DU PATIENT

PATIENT

NIR : 1475599350332

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 par l'assuré(e)

● **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la liane "assuré(e)" est déjà automatiquement remplie par le médecin)

nom et prénom **IPP : 000000127510 Sexe : M**
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 numéro d'immatriculation **Nom nais.: AMEZIANE**
Prén: ALLAL
 date de naissance **Né(e) le: 31/12/1947**
 adresse 

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)

H 424000575 UF : 3653

● **assuré(e)** (à remplir si la personne pour laquelle 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**

Angélique - Lis France

Diabétique

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

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

Dr Emile...
 Praticien Hospitalier
 Service de Diabète
 Service de la République
 403 avenue de la République
 N° RPPS
 N° Finess 02000177



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 - Barlerin

partie à compléter par l'assuré(e)

personne bénéficiaire
 nom et prénom **IPP : 000000127510 Sexe : M**
(nom de famille (de naissance)) **Nom nais.: AMEZIANE**
 numéro d'immatriculation **Prén: ALLAL**
 date de naissance **Né(e) le: 31/12/1947**
 adresse **H 424000575 UF : 3653**

raisonnement remplie par le médecin

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 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 :

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'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)
 Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure sur moule

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce
 nom et prénom **Praticien Hospitalier - Hôpital Max Fourester**
 Service de Diabétologie Endocrinologie - Hôpital Max Fourester
 408 avenue de la République - 92000 NANTERRE
 N° SPS 10102311056
 adresse **92000 NANTERRE**
 N° INESS 92000577
 N° structure (AM, FINESS ou SIRET)
 date **27/02/20** signature