

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 date of reception

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom ORSI ERIC

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

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

date de naissance 0 8 0 5 1 9 6 5

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

3 RUE PHILIPPE DE METZ 92270 - BOIS 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 5 0 3 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 2 2 0 3 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical []
- d'ordre administratif [] - motif :

date []

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom ORSI ERIC

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

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

adresse 3 RUE PHILIPPE DE METZ 92270 - BOIS 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 5 0 3 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 2 2 0 3 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical []
- d'ordre administratif [] - motif :

IDENTIFICATION DU PATIENT

PATIENT

NIR : **1650575118095**

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** (le "nom" est obligatoirement rempli par le médecin)

nom et prénom : ORSI
 (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage)
 nom nais.: ORSI Sexe : M
 Prén: ERIC
 N° 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)
 N°(e) le: 08/05/1965
 H 424001643 UF : 3653

● **assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas le bénéficiaire)
 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 type avec neuropathie
 flaccide droit fixe.
 Arthrose à pied droit.
 Antécédent mal perforant

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom :
 raison sociale :
 adresse :
 n° structure (AM, FINES ou SIRET) :
 identifiant :
 date : 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 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 - Barifren

partie à compléter par l'assuré(e)

● **personne bénéficiaire de l'**

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi de

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

IPP : 000000048305 Sexe : M

Nom nais.: ORSI

Nom: ORSI

Prén: ERIC

Né(e) le: 08/05/1965



H 424001643

UF : 3653

n° remplie par le médecin

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualité (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 datenon

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 dateautre ● **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 en cuir
sur semelle classe B
orthèse plantaire sous cuir souple.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

