

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 EL ABIODH HASSEN

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

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

date de naissance 0 1 0 3 1 9 3 6

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

22 AVENUE AUDRA 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 [ ] non [ ]

accident du travail ou maladie professionnelle [ ] date [ ] autre [ ]

identification du prescripteur

nom et prénom EL DEBS Jad

date de prescription 2 1 0 5 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 4 0 5 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

date [ ]





En raison des incidents de sécurité d'opérateurs de complémentaire, soyez vigilants sur la gestion de vos mots de passe et dans le doute, réinitialisez vos mots de passe. En cas de difficulté, vous pouvez contacter le 3608.



## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

### INFORMATIONS

**PATIENT** 

NIR : **1360399351086**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)

### SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

### UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS CONTACTER

**3608** [Service gratuit + prix appel](#)

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) |

[Accessibilité : non conforme](#)



# prescription médicale pour grand appareillage

VOLET 3

n° 12042\*02

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)  
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

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 \_\_\_\_\_  
(nom de famille (de naissance), suivi de

numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

date de naissance \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

IPP : 000000054477 Sexe : M

Nom nais.: EL ABIODH

Nom: EL ABIODH

Prén: HASSEN

Né(e) le: 01/03/1936

J 424003355 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 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 confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Diabétique avec antécédent  
mal perforant plantaire  
Névropathie -  
Difformité importante du pied.

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom \_\_\_\_\_

identifiant \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_

signature \_\_\_\_\_

**HÔPITAL MAX FOURES**  
 Chef de Service Docteur KAHIM LACHGAR  
 Service de Diabétologie-Endocrinologie  
 403 avenue de la République  
 92000 NANTERRE  
 Fax : 01 47.69.63.91  
 N° Finess structure 92000577  
 (AM, FINESS ou SIRET)

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.

S 3135 b



# prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

n° 12042\*02

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

partie à compléter par l'assuré(e)

### • personne bénéficiaire de l'appareillage

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

IPP : 000000054477 Sexe : M *(obligatoirement remplie par le médecin)*

Nom nais.: EL ABIODH  
Nom: EL ABIODH  
Prén: HASSEN  
Né(e) le: 01/03/1936

J 424003355 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)

adresse

### • 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.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)

Une paire de chaussettes orthopédiques sur mesure et sur mesure.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **HÔPITAL MAX FOURESTIER**  
EL DEB  
Chef de Service Docteur Karim LACHGAR  
Service de Diabétologie-Endocrinologie  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE  
Fax : 01.47.69.63.91  
N° Finess : 92000577

identifiant

raison sociale **HÔPITAL MAX FOURESTIER**

adresse Chef de Service Docteur Karim LACHGAR  
Service de Diabétologie-Endocrinologie  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE  
Fax : 01.47.69.63.91  
N° Finess : 92000577

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

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 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.