

# 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 :

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

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

**● personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom **DEMBELE MANSITAN**

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

numéro d'immatriculation **2 6 4 2 0 9 9 3 3 5 0 5 8 1 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 **0 1 0 1 1 9 6 4**

adresse  
**56 BD JEAN JACQUES ROUSSEAU 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  soins en rapport avec une ALD : oui  non

accident du travail ou maladie professionnelle  date  autre

**● identification du prescripteur**

nom et prénom **PHAN SY QUO** date de prescription **2 6 0 6 2 0 2 4**

identifiant **7 5 0 1 0 0 2 3 2** 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**

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 2 0 7 2 0 2 4** 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. 

## ACTIVITÉS

[Mes services paiements](#)

[Commande d'imprimés](#)

## SERVICES PATIENTS

 Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

Arrêt de travail  
Déclaration simplifiée de grossesse  
Déclaration médecin traitant  
Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

## INFORMATIONS

**PATIENT** 

NIR : **2642099335058**

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](#)

## PLUS D'INFORMATIONS



[Le site de l'Assurance Maladie](#)



[Nomenclature des actes](#)

## NOUS CONTACTER

**3608**  Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) | [Accessibilité : non conforme](#)



# prescription médicale pour grand appareillage

(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)

n° 12042\*02

**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 **DEMBELE DOUCOURE MANSITAN**

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

numéro d'immatriculation | 2 | 6 | 4 | 2 | 0 | 9 | 9 | 3 | 3 | 5 | 0 | 5 | 8 | | 1 | 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 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 6 | 4 |

adresse **56 BOULEVARD JEAN JACQUES ROUSSEAU**  
**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

● **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée | | | | | | | | | | service : **BCH ENDO DIAB MET N**

● **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**

oui  date | | | | | | | | | | non

## partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

réaliser une paire de chaussures orthopédiques avec faux bout à droite + 2 semelles ortho sur mesures (amputation du pied droit cicatrisé/ Risque pododabétique grade 3B)

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

nom et prénom

**PHAN SY Quóc**

**Docteur Quóc PHAN SY**  
Praticien Consultant - Endocrinologie  
Consultation de Diabétologie - Endocrinologie  
Service du Pr. Louis POTIER  
CHU BICHAT - Claude BERNARD  
Bureau des rendez-vous 01.40.25.70.38 / 01.40.25.84.47  
Secrétariat : 01.40.25.70.38 / 01.40.25.84.47

raison sociale **HOPITAL BICHAT**  
adresse **46, rue Henri Huchard**  
**75018 PARIS**

identifiant

| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 | 4 | 1 | | 6 | 5 |

n° structure

(AAI, FINESS ou SIRET) | 7 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 |

date | 2 | 6 | 0 | 6 | 2 | 0 | 2 | 4 |

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.



# prescription médicale pour grand appareillage

(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)

n° 12042\*02

VOLET 1

à 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 DEMBELE DOUCOURE MANSITAN

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

numéro d'immatriculation 2 6 4 2 0 9 9 3 3 5 0 5 8 1 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 0 1 0 1 1 9 6 4

adresse 56 BOULEVARD JEAN JACQUES ROUSSEAU  
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

### ● en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service : BCH ENDO DIAB MET N

### ● 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)

réaliser une paire de chaussures orthopédiques avec faux bout à droite + 2 semelles ortho sur mesures (amputation du pied droit cicatrisé/ Risque podo diabétique grade 3B )

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

nom et prénom  
Quôc PHAN SY

Docteur Quôc PHAN SY  
Praticien Général  
Consultation de Diabétologie - Podologie  
Service du Pr. Louis POTIER  
CHU BICHAT - Claude BERNARD  
Bureau des rendez-vous 01.40.25.82.49  
Secrétariat : 01.40.25.70.38 / 01.40.25.84.49

raison sociale  
HOPITAL BICHAT

adresse  
46, rue Henri Huchard  
75018 PARIS

identifiant 1 0 0 0 1 8 4 1 7 6 5

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 2 3 2

date 2 6 0 6 2 0 2 4

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.

S 3135 b