

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 THIERRY STEVE

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

numéro d'immatriculation 1 0 9 0 9 9 2 0 0 2 0 2 6 9 0

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 3 0 9 2 0 0 9

adresse 4 RUE ANDREE NEYTS 92260 - FONTENAY AU ROSES

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom THIERRY LAURENT

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

numéro d'immatriculation 1 7 1 0 1 5 1 4 5 4 1 5 3 5 8

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 ROGIER DE MARIE Amelie date de prescription 1 9 0 2 2 0 2 4

identifiant 7 5 1 7 3 0 7 3 0 n° structure (AM, FINESS ou SIRET) []

position de la demande

1ère attribution [] 2ème attribution [] appareil provisoire [] renouvellement [X] 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

appareil atypique [] (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 808.94 € PRIX DE VENTE 808.94 €

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 [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 : **1710151454153**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **NON**

[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](#)

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 THIERRY STEVE

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

numéro d'immatriculation 1 7 1 0 1 5 1 4 5 4 1 5 3 5 8

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 3 0 9 2 0 0 9

adresse 4 rue André Neyts
92260 FONTENAY AUX ROSES

● 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

● le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage

Déformation des 2 pieds en Z

Syndrome autistique

renouvellement de prise en charge

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Amélie Rogier de Mare

raison sociale

adresse

identifiant 1 0 1 0 0 0 8 8 3 1 8

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 1 7 3 0 7 3 0

date 1 9 0 2 2 0 2 4

signature

HUMEC 12Z 101

HUMEC 12Z 101

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 **THIERRY STEVE**

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

numéro d'immatriculation **1 7 1 0 1 5 1 4 5 4 1 5 3 5 8**

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 3 0 9 2 0 0 9**

adresse **4 rue André Neyts
92260 FONTENAY AUX ROSES**

● **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)**

1 paire de chaussures orthopédiques sur mesure

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Amélie Rogier de Mare

raison sociale

adresse

identifiant

1 0 1 0 0 0 8 8 3 1 8

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) **7 5 1 7 3 0 7 3 0**

date

1 9 0 2 2 0 2 4

signature