

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 NGUYEN DANG DE DUNG

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

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

date de naissance 1 0 0 4 1 9 5 8

adresse 32 RUE DES PEUPLIERS 92100 - BOULOGNE BILLANCOURT

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 BOLLET CAROLINE date de prescription 1 1 0 7 2 0 2 4

identifiant 7 5 1 9 4 6 5 0 0 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 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, 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 € PRIX DE VENTE €

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 9 0 7 2 0 2 4

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**amelipro**



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 : **2580499243132**

Régime : **REGIME  
GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **NON**

MT : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**



**SÉCURISEZ VOS**

**CONNEXIONS**

**IDENTIFIANT/MOT DE**

**UN PROBLÈME, UNE QUESTION?**

Contactez l'Assurance Maladie

prescription médicale pour grand appareillage

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

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 BOLLET Caroline  
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
 numéro d'immatriculation 0155101949243032105 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 11/04/1958

adresse 32 Rue des Sauphiers - 92100 Boulogne Billancourt

● **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**

Chaussures thérapeutiques sur Mesures.  
 de classe A pour désargensation  
 métatarsophalangienne du pied droit  
 post chirurgie d'Hallux Valgus sévère.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom <u>Docteur Caroline BOLLET</u> <u>RHUMATOLOGUE</u> <u>62 boulevard du Montparnasse 75015 PARIS</u> <u>Tél. 01 45 44 29 79</u>	raison sociale  adresse  n° structure <u>75 1 94650 0</u> <small>(AM, FINESS ou SIRET)</small>
identifiant <u>75 1 94650 0</u>	

date 14/01/2024 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.



# 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

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

## partie à compléter par l'assuré(e)

o **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **NGUYEN Daeg De Dung**

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

numéro d'immatriculation **2581049924313225**

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 **10041958**

adresse

**32, Rve des Benpliers - 92100 Boulogne Billancourt**

o **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

o **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée service :

o **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)

o **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

o **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)

o **nature de l'appareil**

définitif  provisoire  renouvellement  réparation

o **descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)**

**Désorganisation métatarsophalangienne post chirurgicale du pied droit à usée fallacieuse.**

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Docteur Caroline BOLLET** raison sociale

**RHUMATOLOGUE** adresse

**62 boulevard du Montparnasse 75015 PARIS** Tél. 01 45 44 29 79

identifiant **75 194650 0** N° structure (A1, FINISS ou SIRET)

date **11 07 2024** 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, 401-1 et 411-6 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.