

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 accordVOLET 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 CHEFTEL FRANCOISE

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

numéro d'immatriculation 253017511333904

date de naissance 13 01 1953

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

200 BIS BD SAINT DENIS BAT D , 92400 - COURBEVOIE

• 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 LOUKIL FATMA

date de prescription 05 06 2024

identifiant 750100232

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)

Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.94€

• 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

raison sociale
adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date 06 09 2024

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)

VOLET 2

à adresser et à conserver
au service médicalle 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 CHEFTEL FRANCOISE

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

numéro d'immatriculation 253017511333904

date de naissance 13 01 1953

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

200 BIS BD SAINT DENIS BAT D , 92400 - COURBEVOIE

• 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 LOUKIL FATMA

date de prescription 05 06 2024

identifiant 750100232

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)

Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.94€

• 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

raison sociale
adresse

identifiant

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date 06 09 2024

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 : **2530175113339**

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](#)

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Docteur Fatma LOUKIL

N° RPPS

BCH ENDO DIAB MET N

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)

HOPITAL BICHAT

N° FINESS



750100232

INS/NIR : 253017511333904



INS non signé

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

Madame CHEFTEL Francoise

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

2 5 3 0 1 7 5 1 1 3 3 3 9 0 4

Ordonnance du 05/06/2024 à 12:39

Née le 13/01/1953

Agée de 71 ans

Poids : 79.9 kg, Taille : 165 cm

SOINS
DE REEDUCATION**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**
(AFFECTION EXONERANTE)faire une paire de chaussure sur mesure
patiente diabétique avec plaie du pied gauche , déformations des pieds
grade 3**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée**
(MALADIES INTERCURRENTES)

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Fatma LOUKIL

Docteur LOUKIL Fatma
RPPS 810109703073
Service Professeur POTIER Louis
Diabétologie Endocrinologie
CHU Bichat-Claude Bernard
46 Rue Henri Huchard
75877 Paris Cedex 18
Tél : 01 40 25 73 05 - Fax : 01 40 25 88 42
fatma.loukil@aphp.fr