cerfa

n° 11164*04

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

numéro d'immatriculation 282027511438377

date de naissance 11 03 2011

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
8 Rue des Olivettes , 92220 - Bagneux

- **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 RAMANOUDJAME date de prescription 17 07 2024

identifiant 751010992 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€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257	49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257	49.49€

- **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 942631169 - CONV 1

raison sociale
adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 52986900000016

date 04 10 2024 signature

avis du médecin conseil

accord ☐ refus ☐ - d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date .....

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. 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.

S 3604d

cerfa

n° 11164*04

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 2
à adresser et à conserver au service médical

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

- **personne bénéficiaire de l'appareillage**

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

numéro d'immatriculation 282027511438377

date de naissance 11 03 2011

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
8 Rue des Olivettes , 92220 - Bagneux

- **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 RAMANOUDJAME date de prescription 17 07 2024

identifiant 751010992 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€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257	49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257	49.49€

- **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 942631169 - CONV 1

raison sociale
adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 52986900000016

date 04 10 2024 signature

avis du médecin conseil

accord ☐ refus ☐ - d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date .....

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. 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.

S 3604d

cerfa

n° 12042*02

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)

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

numéro d'immatriculation

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

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)**

chaussures orthopédique sur moulage

ordonnance validée electroniquement

Dr Mira Ramanoudjame
Chirurgien Orthopédiste
Pédiatre
N° Adeli 751010992
Tel: 07.68.77.36.67

pteur et de la structure dans laquelle il exerce

raison sociale

adresse 17 R DE LA PLAINE 75020 PARIS

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 1 0 1 0 9 9 2

date 1 7 0 7 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

cerfa

n°. 12042*02

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)

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

numéro d'immatriculation

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

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 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**

pieds plats valgus neurologique

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

et de la structure dans laquelle il exerce

Dr Mira Ramanoudjame
Chirurgien Orthopédiste
Pédiatre
N° Adeli 751010992
Tel: 07.68.77.36.67

raison sociale

adresse 17 R DE LA PLAINE 75020 PARIS

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 1 0 1 0 9 9 2

date 1 7 0 7 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

HUMECTEZ ICI

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 : **2820275114383**
Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**
Exonération : **NON**
MT : **NON**

Autres bénéficiaires :

Sélectionner

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

Contacter l'Assurance Maladie

PLUS D'INFORMATIONS

ameli
Le site de l'Assurance Maladie

CCAM
Nomenclature des actes

NOUS CONTACTER