

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

Form fields for beneficiary: nom et prénom (M'BARKA ARAB), numéro d'immatriculation (257129938051079), date de naissance (10 12 1957)

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: 3 Rue Pagès, 92150 - Suresnes

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

Form fields for insured: nom et prénom, numéro d'immatriculation

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 (SHITRIT ELIE), date de prescription (30 09 2024), identifiant (920100013), n° structure

position de la demande

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

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)

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), raison sociale (Phan & Lenoble Associés), adresse (Centre de Podo-Orthèse Appliquée), n° structure (5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6)

date (11 10 2024), signature

avis du médecin conseil

accord [], refus [] - d'ordre médical [] - d'ordre administratif [] - motif :

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom M'BARKA ARAB

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

numéro d'immatriculation 257129938051079

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 10 12 1957

adresse 3 Rue Pagès , 92150 - Suresnes

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 SHITRIT ELIE date de prescription 30 09 2024

identifiant 920100013 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 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

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 11 10 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :



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 : **2571299380510**

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](#)



prescription médicale pour grand appareillage

VOLET 3
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service médical)

n° 12042*02

(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)

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 ARAB BOUNOU M BARKA

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

numéro d'immatriculation

2 5 7 1 2 9 9 3 8 0 5 1 0 7 9

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 1 2 1 9 5 7

adresse 3 RUE PAGES

92150 SURESNES

- **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 : APR ORTHOPEDIE (UF)

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

oui

date

non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BALAROTTO MATHILDE

raison sociale

HOPITAL AMBROISE PARE

adresse

9, Avenue Charles de Gaulle
92100 BOULOGNE BILLANCOURT

identifiant

Docteur Elie SHITRIT
Chef de clinique
Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Hôpital Ambroise PARE
9 avenue Charles de Gaulle
92104 Boulogne cedex

n° structure

(AAM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 1 3

date

3 0 0 9 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

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 ARAB BOUNOU M BARKA

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

numéro d'immatriculation 2 5 7 1 2 9 9 3 8 0 5 1 0 7 9

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 1 2 1 9 5 7

adresse 3 RUE PAGES
92150 SURESNES

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 : APR ORTHOPEDIE (UF)

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 [x] appareil atypique sur devis []
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

nature de l'appareil

définitif [x] provisoire [] renouvellement [] réparation []

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

prescription de chaussures thérapeutiques surmesure pour douleurs diffuses après fracture bimalléolaire non opérée chez patiente diabétique et fibromyalgique

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom MATHILDE BALAROTTO

Docteur Elle SHITRIT
Chef de clinique
Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Hôpital Ambroise PARE
9 avenue Charles de Gaulle
92104 Boulogne cedex

identifiant

raison sociale HOPITAL AMBROISE PARE

adresse 9, Avenue Charles de Gaulle
92100 BOULOGNE BILLANCOURT

n° structure (AM, FINISS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 1 3

date 3 0 0 9 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.