

# 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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **BERNARD SCHIAVON**

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

numéro d'immatriculation **149043851608831**

date de naissance **21 02 2025**

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  
**31ter Avenue de Paris , 92320 - Châtillon**

• 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 **11 02 2025** autre

• identification du prescripteur

nom et prénom **BOURGEON Muriel**

date de prescription

**11 02 2025**

identifiant **920100021** 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 **Phan & Lenoble Associés**  
adresse **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 0 1 6**

date **21 02 2025**

signature



## avis du médecin conseil

accord

refus  - d'ordre médical

date

- 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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **BERNARD SCHIAVON**

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

numéro d'immatriculation **149043851608831**

date de naissance **21 02 2025**

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  
**31ter Avenue de Paris , 92320 - Châtillon**

• 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 **11 02 2025** autre

• identification du prescripteur

nom et prénom **BOURGEON Muriel**

date de prescription

**11 02 2025**

identifiant **920100021** 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

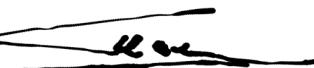
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

raison sociale **Phan & Lenoble Associés**  
adresse **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 0 1 6**

date **21 02 2025**

signature



## avis du médecin conseil

accord

refus  - d'ordre médical

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

date

**21 02 2025**

**i** 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. X

### MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

**ACCÉDER À MES SERVICES**

#### INFORMATIONS PATIENT



NIR : **1490438516088**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)



**3608**  Service gratuit + prix appel

## prescription médicale pour grand appareillage

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)

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 SCHIAVON SCHIAVON BERNARD

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

numéro d'immatriculation 1 4 9 0 4 3 8 5 1 6 0 8 8 3 1

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 2 1 0 4 1 9 4 9

adresse 31 TER AVENUE DE PARIS  
92320 CHATILLON

## • 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 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

## • en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée 1 1 1 1 1 1 service : ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

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

oui  date 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 non partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil  
patient diabétique à risque podologique de grade 3amputation transtibiale gauche et amputation du 4 ème rayon droit sur ischémie de membre avec infection  
Cicatrisé avec déformation résiduelle et hyper appuis

Chaussage demandé en prévention secondaire pour correction des appuis

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BOURGEON MURIEL

raison sociale

ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

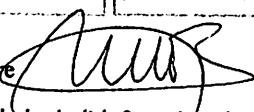
adresse

157, rue de la porte de Trivaux  
92140 CLAMART

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 2 1

identifiant 1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

date 1 1 0 2 2 0 2 5 signature 

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de penalties 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.



## 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 SCHIAVON SCHIAVON BERNARD

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

numéro d'immatriculation 1 4 9 0 4 3 8 5 1 6 0 8 8 3 1

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 2 1 0 4 1 9 4 9

adresse 31 TER AVENUE DE PARIS  
92320 CHATILLON

## • 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 : ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

## • 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)

Une paire de chaussure sur mesure

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
MURIEL BOURGEONraison sociale  
ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

adresse

157, rue de la porte de Trivaux  
92140 CLAMART

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 2 1

identifiant 1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

date 1 1 0 2 2 0 2 5

signature 

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines 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.