

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 GUILLOUX-KERSCHENMEYER CLAUDINE

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

numéro d'immatriculation 2 6 7 0 9 7 5 1 1 8 0 1 4 0 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 0 2 0 9 1 9 6 7

adresse 6 RUE DIDEROT 93330 - NEUILLY SUR MARNE

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

nom et prénom ARRADA date de prescription 2 7 0 5 2 0 2 4

identifiant 9 3 0 7 0 0 0 1 8 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [X] 2ème attribution [] appareil provisoire [] renouvellement [] réparation [] numéro de l'appareil

références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, 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 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
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 2 7 0 6 2 0 2 4

signature [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.



MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS

PATIENT

NIR : **2670975118014**

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?

Contactez l'Assurance Maladie

NOUS CONTACTER

3608

Service gratuit + prix appel

À propos | Configuration | Mentions légales | CGU |

Accessibilité : non conforme



PRESCRIPTION MÉDICALE POUR GRAND APPAREILLAGE

ASSURANCE

Articles R 165-26 à R 165-30 du Code de la Sécurité Sociale

MALADIE

N° 12042*01

Volet 4 - Organisme d'Assurance Maladie

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

[Empty box for registration number]

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y

a lieu du nom d'usage)

PRÉNOM

☉ S'agit-il d'un accident ? OUI DATE

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

☉ NOM DE NAISSANCE

Guilleux

☉ Prénom

Claudine

Date de naissance

☉ Lien avec l'assuré(e) Conjoint Enfant

Autre membre de la famille Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins (dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je, soussigné, certifie que le patient désigné ci-dessus, présente :

Pathologie tibi-calcanéenne par Chent 2 B, transfert du tibia pour reprise sur vosseux médian et déficit de SPE avec Epain dans

Hôpital La Boissière
Hôpital de jour de rééducation
Groupe VYV 3 Ile de France

Hôpital La Boissière
Hôpital de jour de rééducation
Groupe VYV 3 Ile de France
13, Boulevard de La Boissière - 93130 Noisy le Sec
tél. : 01 41 55 10 70

Dr Arrada

Médecin MPR

Fait le

N° RPPS : 10001467124

13, Boulevard de La Boissière - 93130 Noisy le Sec

tél. : 01 41 55 10 70

L'établissement géré par VYV 3 Ile de France

Cachet à reporter sur chaque volet

Signature du prescripteur

SIRET : 450 266 014 00533 - APE 8610Z

FINISS : 93 070 8078

L'établissement géré par VYV 3 Ile de France

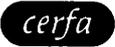
(1) Se reporter à l'attestation papier qui accompagne la carte Vitale

S 3135a

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI



PRESCRIPTION MÉDICALE POUR GRAND APPAREILLAGE

ASSURANCE

Articles R 165-26 à R 165-30 du Code de la Sécurité Sociale

MALADIE

N° 12042*01

Volet 1 - Assuré

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

[Empty box for matriculation number]

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y

a lieu du nom d'usage)

PRÉNOM

● S'agit-il d'un accident ? OUI DATE

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

● NOM DE NAISSANCE

Guillaux

● Prénom

Claudine

Date de naissance

● Lien avec l'assuré(e) Conjoint Enfant Autre membre de la famille Personne vivant mari-
talement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins
(dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement
quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses
déclarations.

(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature
de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

■ TYPE D'APPAREIL

| | MEMBRE SUPÉRIEUR | MEMBRE INFÉRIEUR | TRONC |
|----------|------------------|------------------|-------|
| PROTHÈSE | | | |
| ORTHÈSE | | | |

| | PROTHÈSE OCULAIRE |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES |
| | APPAREIL ATYPIQUE SUR DEVIS |

■ NATURE DE L'APPAREIL définitif provisoire renouvellement réparation

■ DESCRIPTIF PRÉCIS DE LA FOURNITURE (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Chaussure orthopédique au rouleau
suite à 1 dérèglement tibiotal au temps par
choc 12 B du pied gauche
Pied nette au Equin - Requet
ulcéraire pour la symétrie de la
marche

■ PARTIENNE ADRESSÉE : Hôpital La Boissière :

Hôpital de jour de rééducation
Groupe VYV 3 Ile de France

Hôpital La Boissière
 Hôpital de jour de rééducation
Groupe VYV 3 Ile de France

Dr Arrada

13, Boulevard de La Boissière - 93130 Noisy le Sec
Fait le tél. : 01 41 55 10 70

Médecin MPR

N° RPPS : 10001467124 à SIRET 480 266 011 00533 - APE 8610Z
13, Boulevard de La Boissière - 93130 Noisy le Sec
tél. : 01 41 55 10 70 FINESS 93 021 0018

Un établissement géré par VYV 3 Ile de France

Signature du
prescripteur

Un établissement géré par VYV 3 Ile de France

Cachet à reporter sur chaque volet