

# 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 **BOUTREAU HUGUETTE FRANCE**

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

numéro d'immatriculation **2 4 6 0 4 7 5 1 1 4 9 7 3 2 2**

*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 2 0 4 1 9 4 6**

adresse  
**98 BIS AVENUE DU PRESIDENT WILSON 93100 - MONTREUIL**

**● 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 **AGARD D** date de prescription **2 9 0 3 2 0 2 3**

identifiant **9 4 0 1 2 0 0 1 7** 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)**

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 **0 7 0 4 2 0 2 3** 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)

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 :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom BOUTREAU HUGUETTE FRANCE

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

numéro d'immatriculation 2 4 6 0 4 7 5 1 1 4 9 7 3 2 2

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 2 0 4 1 9 4 6

adresse

98 BIS AVENUE DU PRESIDENT WILSON 93100 - MONTREUIL

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 AGARD D

date de prescription 2 9 0 3 2 0 2 3

identifiant 9 4 0 1 2 0 0 1 7 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [ ] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [X] 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 0 7 0 4 2 0 2 3

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

## **Identification Patient - 07/04/2023**

Nom : **BOUTREAU**

Prénom : **HUGUETTE FRANCE**

NIR : **2460475114973**

Né(e) le : **12/04/1946**

Rang : **1**

Régime : **REGIME GENERAL**

Caisse de rattachement : **CPAM de la SEINE-SAINT-DENIS**

Centre de gestion : **8950**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

C2S : **NON**

AME : **NON**

MT : **OUI**

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes régissant le remboursement des soins.

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

2460475114973

NOM DE NAISSANCE (suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)

BOUTREAU

PRÉNOM

HUGOUBTE

S'agit-il d'un accident ?

OUI

DATE

NON

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

NOM DE NAISSANCE

Prénom

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 114.13 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature

de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

TYPE D'APPAREIL

	MEMBRE SUPERIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	TRONC
PROTHÈSE			
ORTHÈSE			

PROTHÈSE OCULAIRE

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)

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES SUR MESURE  
APRÈS AMPUTATION TRANS METATASIENNE  
PIED DROIT

PARTICULARITÉS : prescription en rapport avec :

AT/MP DATE

ALD

ART. 115

AUTRE

Identification du prescripteur

Médical D. AGARD  
Généraliste des Hôpitaux des Armées  
Adjoint au Chef de Service  
Service de chirurgie orthopédique et traumatologique  
HIA BEGIN N° PRESSE : 340120017  
N° RPS : 1010174758

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le 24/03/23  
à ST MARCEL

Signature du prescripteur