

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 BENTOURKIA FATMA ZOHRA

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

numéro d'immatriculation 2 6 1 0 5 9 9 3 5 5 0 3 8 2 3

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 0 5 1 9 6 1

adresse 36 CHEMIN TOURELLE BOIS BARMONT 93390 - CLICHY SOUS BOIS

● 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 BOUGEON MURIEL date de prescription 1 9 0 2 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 1 0 0 0 2 1 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 1 9 0 2 2 0 2 4

signature [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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom BENTOURKIA FATMA ZOHRA

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

numéro d'immatriculation 2 6 1 0 5 9 9 3 5 5 0 3 8 2 3

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 0 5 1 9 6 1

adresse 36 CHEMIN TOURELLE BOIS BARMONT 93390 - CLICHY SOUS BOIS

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 BOUGEON MURIEL date de prescription 1 9 0 2 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 1 0 0 0 2 1 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 1 9 0 2 2 0 2 4 signature

avis du médecin conseil

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

## IDENTIFICATION DU PATIENT

### PATIENT

NIR : **2610599355038**

### RATTACHEMENT

Régime : **REGIME GENERAL**

### DROITS

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

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

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)

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 BENTOURKIA KERMICHE BENTOURKIA FATIMA

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

numéro d'immatriculation 2 6 1 0 5 9 9 3 5 5 0 3 8 2 3

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 0 5 1 9 6 1

adresse 36 CHEMIN TOURELLE BOIS BARMONT
93390 CLICHY SOUS BOIS

- 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 non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Patiente diabétique avec déformation majeure du pied sur pied de Charcot gauche Sanders 5

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BOURGEON MURIEL

Docteur Muriel BOURGEON
Praticien Hospitalier
Endocrinologie
Médecine Interne

raison sociale

ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

adresse

157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART

identifiant

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

n° structure

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

date

1 9 0 2 2 0 2 4

signature

[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.

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 BENTOURKIA KERMICHE BENTOURKIA FATIMA
numéro d'immatriculation 2 6 1 0 5 9 9 3 5 5 0 3 8 2 3
date de naissance 1 0 0 5 1 9 6 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)

adresse 36 CHEMIN TOURELLE BOIS BARMONT
93390 CLICHY SOUS BOIS

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

nom et prénom
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 chaussures sur mesure avec orthèse intégrée
Modèle montant

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom MURIEL BOURGEON
raison sociale ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656
adresse 157, rue de la porte de Trivaux 92140 CLAMART
n° structure 9 2 0 1 0 0 0 2 1

date 1 9 0 2 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.