

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 JOOTUN ARVIND

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

numéro d'immatriculation 1 8 0 0 5 9 9 3 9 0 0 4 1 2 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 8 0 5 1 9 8 0

adresse 15 AV MARCEL CACHIN 93120 - LA COURNEUVE

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 BOURGEON date de prescription 1 8 0 4 2 0 2 4

identifiant 9 4 0 1 0 0 0 4 3 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 9 0 5 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ]

date [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....





# 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 **JOOTUN JOOTUN ARVIND**

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

numéro d'immatriculation **1 8 0 0 5 9 9 3 9 0 0 4 1 2 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 8 0 5 1 9 8 0**

adresse **15 AVENUE MARCEL CACHIN  
93120 LA COURNEUVE**

- **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 : **BCT ENDOCRINOLOGIE ADULT**

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

oui  date non

## partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Patient diabétique avec amputation des 2 hallux et déformation des pieds sur pied de Charcot Sanders 1 et 2

**Docteur BOURGEON Muriel**  
(Pied diabétique)

RPPS 10001380137

Hôpital Bicêtre

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

nom et prénom

**BOURGEON MURIEL**

Bâtiment F. Barré-Sinoussi  
Secteur Orange - Porte 39  
Consultations : 01 45 21 73 00  
Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 22  
Fax : 01 45 21 73 24

raison sociale

**HOPITAL DE BICETRE**

adresse

**78, rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN-BICETRE**

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

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET) **9 4 0 1 0 0 0 4 3**

date **1 8 0 4 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.



# 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)

n° 12042\*02

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 JOOTUN JOOTUN ARVIND

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

numéro d'immatriculation | 1 | 8 | 0 | 0 | 5 | 9 | 9 | 3 | 9 | 0 | 0 | 4 | 1 | | 2 | 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 | 8 | 0 | 5 | 1 | 9 | 8 | 0 |

adresse 15 AVENUE MARCEL CACHIN  
93120 LA COURNEUVE

### • 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 : BCT ENDOCRINOLOGIE ADULT

### • 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

MURIEL BOURGEON Muriel  
(Pied diabétique)

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

nom et prénom MURIEL BOURGEON  
RPPS  
Hôpital Bicêtre  
Policlinique Adultes  
Bâtiment F. Barré-Sinoussi  
Secteur Orange - Porte 39  
Consultations : 01 45 21 73 00  
Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 22  
Fax : 01 45 21 73 24

raison sociale HOPITAL DE BICETRE  
adresse 78, rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

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

n° structure (AM, FINISS ou SIRET) | 9 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 |

date | 1 | 8 | 0 | 4 | 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.



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 : **1800599390041**

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](#)

NOUS CONTACTER

**3608** [Service gratuit + prix appel](#)

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) |

[Accessibilité : non conforme](#)