

demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 2 à adresser et à conserver au service médical

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 IBRAHIM YURUK

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

numéro d'immatriculation 170069920820907

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 03 06 1970

adresse 35 Rue des 5 Ormes , 93140 - Bondy

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 EL FEKIH ZOUHOUR date de prescription 12 09 2024

identifiant 930100037 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 adresse Phan & Lenoble Associés 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 1 6

date 20 09 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :

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 YURUK YURUK IBRAHIM

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

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

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 3 0 6 1 9 7 0

adresse 35 RUE DES CINQ ORMES
93140 BONDY

● 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 : AVC UMA (UNIT MED AMBU)

● 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)

chaussures orthopédique sur mesure et sur moulage,

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Zouhour EL FEKIH **Dr EL FEKIH Zouhour**
Praticien Attaché Associé
Service Endocrinologie, Diabétologie
Et maladies Métaboliques
 Hôpital Avicenne
 125, rue de Stalingrad
 93009 BOBIGNY Cedex

identifiant

Tél. : 01.48.95. 59.47 / 01.48.95.55.60

raison sociale

HOPITAL AVICENNE

adresse

125, rue de Stalingrad
93000 BOBIGNY

n° structure

(AM, FINISS ou SIRET) 9 3 0 1 0 0 3 7

date 1 2 0 9 2 0 2 4 signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT



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 YURUK YURUK IBRAHIM

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

numéro d'immatriculation | 1 | 7 | 0 | 0 | 6 | 9 | 9 | 2 | 0 | 8 | 2 | 0 | 9 | 0 | 7 |

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 | 3 | 0 | 6 | 1 | 9 | 7 | 0 |

adresse 35 RUE DES CINQ ORMES
93140 BONDY

- **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 : AVC UMA (UNIT MED AMBU)

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

oui date | | | | | | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

palie de pieds diabétique multiples et récidivantes depuis 2020
grade podologique 3

Dr EL FEKIH Zouhour

Praticien Attaché Associé

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Service Endocrinologie, Diabétologie**
EL FEKIH Zouhour Et maladies Métaboliques
Hôpital Avicenne
125, rue de Stalingrad
93009 BOBIGNY Cedex
Tél. : 01.48.95. 59.47 / 01.48.95.55.60

raison sociale
HOPITAL AVICENNE
adresse
125, rue de Stalingrad
93000 BOBIGNY

identifiant | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date | 1 | 2 | 0 | 9 | 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.



**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.

ACTIVITÉS

Mes services paiements

Commande d'imprimés

SERVICES PATIENTS



Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

Arrêt de travail
Déclaration simplifiée de grossesse
Déclaration médecin traitant
Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

INFORMATIONS PATIENT



NIR : **1700699208209**

Régime : **REGIME
GENERAL**

Droits à la date du jour :

OUI

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

Autres bénéficiaires :

Sélectionner ▼

CHANGER DE PATIENT



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

Contactez l'Assurance Maladie

PLUS D'INFORMATIONS