

## 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 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date	de	réception	:
------	----	-----------	---

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception, équivaut à un accord

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)  personne bénéficiaire de l'appareillage							
nom et prénom BAUDET JO							
	u nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))						
numéro d'immatriculation	248117511012039		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	09 11 1948		torganisme conventionne (pour les non saturies)				
adresse							
110 AVENUE CASTELNAULT APT 302 , 93700 - DRANCY							
• 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							
numero a mimatriculation	nartie à complét	er par le fournisseur					
• conditions de prise en ch		er par le fourmisseur					
	vec une ALD : oui non						
accident du travail ou maladi	ie professionnelle date		autre				
• identification du prescrip	<u> </u>		autre _				
nom et prénom ROULETTE		date de prescription	01 09 2024				
identifiant   931134571		AM, FINESS ou SIRET)					
• position de la demande	n structure (2	IW, I IN ESS OF SIKE I)					
1ère attribution 2ème attrib	oution appareil provisoire	renouvellement X ré	paration numéro de l'appareil				
• références L.P.P. de l'app	pareil (codes et désignation de	s fournitures)					
Chaussure Orthopeo	dique sur mesure, de cl	asse B, la paire L	.PP 2620400 808.94€				
• appareil atypique [ joind							
(art. R. 165-25 du Code sécurit BASE DE REMBOURSEMENT	,		PRIX DE VENTE   808.94€   €				
DASE DE REMIDOURSEMENT		u at da la sturatura dans					
	identification du fournisseu		raquene n'exerce				
	N LENOBLE ASSOCIES	raison sociale adresse Phan & Lei	noble Associés				
67 PODO-	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	Centre de	Podo-Orthèse Appliquée				
CONVENT	12 rue Mirabeau - 94230 CACHAN						
12 RUE M							
94230 - C		n° structure	0.0.6.0.0.0.0.0.1.6				
identifiant 94263	1 1 6 9 - CONV 1	(AM, FINESS ou SIRET)   3   2   S	98690000016				
date 04 10 2024	signature	ll on					
avis du médecin conseil							
	avis uu ii						
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)

VOLET 2 à adresser et à conserver au service médical

le de	éfaut de réponse de l'organisme,	dans un délai de 15 jou	rs, date de réception :
2	à compter de la date de réception personne bénéficiaire de l	_	
• personne bénéficiaire de			
nom et prénom BAUDET	•		
numéro d'immatriculation	vi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		nom et n° du centre de paiement ou de la section
numero d immatriculation	248117511012039		mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)
date de naissance	09 11 1948		
adresse 110 AVENUE CAST	ELNAULT APT 302 , 9370	00 - DRANCY	
• assuré(e) (à remplir si la pers	onne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l	'assuré(e))	
nom et prénom			
	vi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation	nautio à complé	on non lo formica orn	
• conditions de prise en		er par le fournisseur	
	rt avec une ALD : oui non		
accident du travail ou mal	_		autre
• identification du presc	<del>_</del>		autre _
nom et prénom ROULET	•	date de prescription	01 09 2024
identifiant 93113457		AM, FINESS ou SIRET)	
• position de la demando		AM, FINESS OU SIREI)	
	_	11 · V	
1ère attribution 2ème at	ttribution appareil provisoire	renouvellement X répa	ration numéro de l'appareil
• références L.P.P. de l'a	appareil (codes et désignation de	s fournitures)	
Chaussure Orthor	pédique sur mesure, de c	lasse B. la naire LP	PP 2620400 808 94€
Chaassare or thop	realique sur mesure, de e	asse b, ia pan'e Ei	. 2020 100 000.5 10
• appareil atypique (jo (art. R. 165-25 du Code séc	<i>indre le devis détaillé)</i> curité sociale)		
BASE DE REMBOURSEMI			PRIX DE VENTE   808.94€   €
	identification du fournisseu	r et de la structure dans la	aquelle il exerce
nom et prénom SARL Ph	HAN LENOBLE ASSOCIES	raison sociale	
•	O-ORTHESE	adresse Phan & Lend	
	NTIONNE		odo-Orthèse Appliquée
	MIRABEAU	12, rue Mira	beau - 94230 CACHAN
94230 -	CACHAN		
identifiant 9426	3 1 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9	8690000016
date 04 10 2024	signature	Mare	
	avis du r	nédecin conseil	
accord	refus	- d'ordre médical	
		- d'ordre administratif	- motif:



# amelipro



En raison des incidents de sécurité d'opérateurs de complémentaire, soyez vigilants sur *i* 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: **2481175110120** 

Régime: **REGIME** 

**GENERAL** 

Droits à la date du

jour : **OUI** 

Exonération : **OUI** 

MT: OUI

CHANGER DE PATIENT



**SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE** 



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

n\* 14465\*01

Article L. 322-3, 3" et 4", L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur Dr Morgane ROULETTE

Identification de la structure

Drancy, le 01/09/2024

93 Avenue Jean Jaurès 93700 Drancy

N\*AM:931134571 N\*RPPS:10100889269

Identification du patient

Mme BAUDET Josette, né(e) BUIRE Josette, né(e) le 09/11/1948

N° d'immatriculation: 248117511012039

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONÉRANTE)

une paire de chaussures orthopédiques

Morgane ROULETTE Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

que se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (article 313-1, 441-1 et u Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale).