

## 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	1	
-------------------	---	--

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

<ul> <li>personne bénéficiaire de l'a</li> </ul>	personne bénéficiaire de l' ppareillage	appareillage et assuré(e				
nom et prénom BARBEREU						
(nom de famille (de naissance), suivi de	u nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))					
numéro d'immatriculation	1850493010078		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	17 04 1985		Torganisme conventionne (pour les non salaries)			
adresse 75 RUE DES ARDENNES , 93290 - TREMBLAY EN FRANCE						
	e qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'					
nom et prénom  (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))						
numéro d'immatriculation						
	<u> </u>	er par le fournisseur				
• conditions de prise en ch						
maladie soins en rapport av	vec une ALD : oui 🗶 non					
accident du travail ou maladi	ie professionnelle date		autre			
<ul> <li>identification du prescrip</li> </ul>	oteur					
nom et prénom CHASSAN	DE BENEDICTE	date de prescription	1 [			
identifiant	n° structure (A	M, FINESS ou SIRET)				
• position de la demande						
1ère attribution 2ème attrib	oution X appareil provisoire	renouvellement rép	paration			
• références L.P.P. de l'app	pareil (codes et désignation de	s fournitures)				
Chaussure Orthoné	dique sur mesure, de cl	asse B. la naire I	PP 2620400 808 94€			
Chaussare Orthope	aique sui mesure, de ci	asse b, la palle L	11 2020400 000.940			
• appareil atypique (joind (art. R. 165-25 du Code sécurit	re le devis détaillé)					
BASE DE REMBOURSEMENT	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		PRIX DE VENTE   <u>808.94€</u> €			
	identification du fournisseu	et de la structure dans	laquelle il exerce			
nom et prénom SARI PHA	N LENOBLE ASSOCIES	raison sociale				
67 PODO-		adresse Phan & Ler	noble Associés			
CONVENT		Centre de	Podo-Orthèse Appliquée			
12 RUE M	_	12, rue Mir	abeau - 94230 CACHAN			
94230 - C	_					
	1 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)   5   2   9	8690000016			
date 10102024	signature					
18 10 2024	orginaturo .	llow	<b>_</b>			
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)

VOLET 2 à adresser et à conserver au service médical

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'app • personne bénéficiaire de l'appareillage	areillage et assure(e)				
nom et prénom BARBEREUX RENAUD					
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	nom at 40 de contro do maioment ou de la costion				
numéro d'immatriculation 1850493010078	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 17 04 1985	To gamente conveniente quantes non saita resp				
75 RUE DES ARDENNES , 93290 - TREMBLAY I	EN FRANCE				
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assur	ź(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 partie à complete parti	ar le fournisseur				
maladie soins en rapport avec une ALD : oui non					
accident du travail ou maladie professionnelle date	autre				
identification du prescripteur  nom et prénom CHASSANDE BENEDICTE	date de prescription				
identifiant n° structure (AM, FI	NESS ou SIRET)				
position de la demande					
1ère attribution 2ème attribution X appareil provisoire ren	ouvellement réparation muméro de l'appareil				
• références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fou	ırnitures)				
Chaussure Orthopédique sur mesure, de class	se B, la paire LPP 2620400 808.94€				
	·				
• appareil atypique (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)					
BASE DE REMBOURSEMENT 808.94€ €	PRIX DE VENTE   808.94€ €				
identification du fournisseur et e	le la structure dans laquelle il exerce				
nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES rai	son sociale				
67 PODO-ORTHESE	resse Phan & Lenoble Associés				
CONVENTIONNE	Centre de Podo-Orthèse Appliquée				
12 RUE MIRABEAU	12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN				
94230 - CACHAN	n° structure				
identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1	9   4 2 6 3   1   1 6 9 - CONV 1   5 2 9 8 6   9 0 0 0 0 0 0 1 6				
date 18 10 2024 signature					
avis du médecin conseil					
accord refus - d'o	rdre médical				
- d'o	rdre administratif				



## Ordonnance bizone

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

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant)

Hôpital de semaine de Médecine GHEF - Site de MEAUX TÉI. 01 78 71 41 83 YENTIONE

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

GRAND HOPITAL DE L'EST FRANCILIEN 6-8 RUE SAINT FIACRE

BP 218

77108 **MEAUX CEDEX** 

77 0 00044 6 09 1 10 1

or le prescripteto)

n°AM

(nom de famille (de naissance)

Prescriptions relatives au traiteme

 $n \circ d'imn$ 

LANTENOIS JEAN CLAUDE NN : LANTENOIS

LE 17/10/2024

IPP: 201902889

63 ans

.... uuree reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

Hôpital de semaine de Médecine

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).



n° 12042\*02

## 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)

VOLET 1

		à conserver par l'assuré(
partie à conne presente présente de l'appareillage (la ligne "nom et presente presen	ompléter par l'assuré(e)	
MANUEL LIVER BARBEREIT BENATIO		ie par le médecin)
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lier	(1))	
numéro d'immatriculation   1   8   5   0   4   9   3   0	1 0 0 7 8	nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
date de naissance [1,7]0,4[1,9,8,5]		l'organisme conventionné (pour les non salariés)
adresse 75 r des ardennes 93290 TREMBLAY EN FRANCE	THE COMMENTS AND STATE OF THE S	Provide difficulty (i.e., of contract reporting providing state, into detect of all debases only any point of a contract of the form of all points of a contract of the contr
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage hest	en and the second secon	the contract cases were consequenced as a configuration which is a secretary consistent and a consequence of the
nom et prénom	The second secon	and the control of th
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu,	The second commences to the second contract t	
numéro d'immatriculation		
• en cas d'hospitalisation en cours		
The state of the s		
- OLOI	RMR NEUROMUSCULAIRE	E MRCR-066X904
oui date nor		
partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soule		
o conditions de prise en charge de l'appareillage	ever les voiets 1 et 2 pour compl	eter la partie confidentielle du volet 3)
maladie spins en rapport even al D	A CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR	
maladie soins en rapport avec une ALD: oui non so	ins dispensés au titre d'une pens	sion militaire (art. L.212-1) oui non
accident du travail ou maladie professionnelle adate		a vitua
o type d'appareil		autre
The second secon		
prothèse membre supérieur prothèse membre infé	ricur 🔲	
orthèse membre supérieur   orthèse membre inféri	iour 🔯	
prothèse oculaire at maville con a	FT	Manager of the Control of the Contro
podo-ortho	11	typique sur devis 🔲 i5-25 du Code sécurité sociale)
nature de l'appareil	(interior	3-23 du Code securite sociale)
définitif		
provisoire	renouvellement	réparation
descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments,		
Chaussures orthopédiques	moyens de jonctions, etc)	
sindussures of thopediques		200
	•	
identification du procesintous	The state of the s	and the same of the same of the same of the same of
identification du prescripteur e	t de la structure dans laquel	le il exerce
BENEDIC PETCH RUSANDE STREETS - CHARLES FOIX	raison sociale	Martine and the second
47-83, Bd de l'Honard - 75651 PARIS CEDEX 13	PSL CRMR NEUROM	JSCULAIRE MRCR-066X904
BATHERT BATIESKEN' FINESS : 750100125 Latté de Pata godin Nouromusculaire	adresse	The state of the s
The state of the William ax : 01 42 16 37 93	47-83 Boulevard de l'Hôpital	THE PROPERTY OF THE PROPERTY O
Or B. CHASSANDE N° RPPS : 10000558105	75013 Paris	of our contact
lentifiant 1: 0: 0: 0: 0: 5: 5: 8: 1 0: 5:	n° structure	www.comp.
lentifiant 1: 0: 0: 0: 0: 5: 5: 8: 1: 0: 5:	(AM, FINESS on STREET, 7 5 0	100125
	1	a la
ate 1 0 1 0 2 0 2 4 signature		
uiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible.	1	