

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

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom BARBEREUX RENAUD

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

numéro d'immatriculation 1850493010078

date de naissance 17 04 1985

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

75 RUE DES ARDENNES , 93290 - TREMBLAY EN FRANCE

• 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 CHASSANDE BENEDICTE

date de prescription

identifiant 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€

• 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 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 18 10 2024

signature



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 médicalle 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 BARBEREUX RENAUD

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

numéro d'immatriculation 1850493010078

date de naissance 17 04 1985

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

75 RUE DES ARDENNES , 93290 - TREMBLAY EN FRANCE

• 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 CHASSANDE BENEDICTE

date de prescription

identifiant 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€

• 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 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 18 10 2024

signature



avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐ - motif :

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Ordonnance bizone

n° 14465*01

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
Tél. 01 78 71 41 83
Fax 01 78 71 41 82
CONVENTIONNE

Netes Laura - Orléans

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

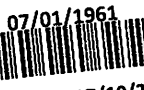
GRAND HOPITAL DE L'EST FRANCILIEN
6-8 RUE SAINT FIACRE
BP 218
77108 MEAUX CEDEX

=> 77 0 00044 6 09 1 10 1 n°AM

(nom de famille (de naissance))

n° d'imm.

LANTENOIS
JEAN CLAUDE
NN : LANTENOIS
IEP : 613220457



ou le prescripteur

H : 1544 M : 1544
IPP : 201902889

07/01/1961 M
LE 17/10/2024
63 ans

Prescriptions relatives au traiteme

gue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTIION EXONÉRANTE)

*Renouvellement une prescription de traitement
sympotomatique de la douleur*

Hôpital de semaine de Médecine
GHEF - Site de MEAUX
Tél. 01 78 71 41 83
Fax 01 78 71 41 82

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

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 BARBEREUX BARBEREUX RENAUD

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

numéro d'immatriculation 1 8 5 0 4 9 3 0 1 0 0 7 8

date de naissance 1 7 0 4 1 9 8 5

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 75 r des ardenes
93290 TREMBLAY EN FRANCE

• 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 : PSL CRMR NEUROMUSCULAIRE MRCR-066X904

• 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 orthopédiques

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom BENEDICTE CHASSANDE

47-83, Bd de l'Hôpital - 75013 PARIS CEDEX 13

BAPTISTE BAGINSKI FINESS : 750100125

Unité de Physiologie Neuromusculaire

Tél : 01 42 16 37 93 Fax : 01 42 16 37 93

Dr B. CHASSANDE N° RPPS : 10000558105

raison sociale

PSL CRMR NEUROMUSCULAIRE MRCR-066X904

adresse

47-83 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

identifiant 1 0 0 0 0 5 5 8 1 0 5

n° structure

(A.M. FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 1 2 5

date 1 0 1 0 2 0 2 4

signature