

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 FATMA BOUGHAZI

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

numéro d'immatriculation 247049935584382

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 15 04 1947

adresse

22 Allée Chuna Bajtsztok , 93190 - Livry-Gargan

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 GUILLON PASCAL date de prescription 23 01 2025

identifiant 930021480 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)

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 24 01 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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 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 **FATMA BOUGHAZI**

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

numéro d'immatriculation **247049935584382**

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 **15 04 1947**

adresse
22 Allée Chuna Bajtszok , 93190 - Livry-Gargan

● 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 **GUILLON PASCAL**

date de prescription **23 01 2025**

identifiant **930021480**

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

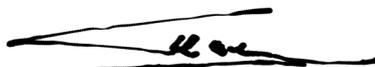
adresse **Phan & Lenoble Associés**
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) **5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6**

date **24 01 2025**

signature



avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :



SARL PHAN LENOBLE
ASSOCIES
Fournisseur de biens
médicaux Podo-
orthèses
12 R MIRABEAU
94230 CACHAN



i 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

i 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 : **2470499355843**

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**
Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATI

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie [Réclamations paiements](#)



SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE



PLUS D'INFORMATIONS



[Le site de l'Assurance Maladie](#)



[Nomenclature des actes](#)

3608

Service gratuit + prix appel

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

Accessibilité : non conforme

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

247049935584382

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
PRÉNOM

BOUGHARI
FATMA

● S'agit-il d'un accident ? OUI DATE NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

● NOM DE NAISSANCE

● Prénom

Date de naissance

● Lien avec l'assuré(e) Conjoint Enfant Autre membre de la famille Personne vivant mari-talement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE
du bénéficiaire des soins
(dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature
de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

■ TYPE D'APPAREIL

	MEMBRE SUPERIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	TRONC
PROTHÈSE			
ORTHÈSE			

<input checked="" type="checkbox"/>	PROTHÈSE OCULAIRE
	CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES
	APPAREIL ATYPIQUE SUR DEVIS

■ NATURE DE L'APPAREIL définitif provisoire renouvellement réparation

■ DESCRIPTIF PRÉCIS DE LA FOURNITURE (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

une paire de chaussure orthopédique sur mesure sur moulages

■ PARTICULARITÉS : prescription en rapport avec :

AT/MP DATÉ

ALD

ART. 115

AUTRE

Identification du prescripteur
Docteur Pascal GUILLON
 Chef de service
 Consultation
 Chirurgie Orthopédique
 RPPS 10001404382 - FINESS 93 0 02148 0

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le
à

23/01/2025

Signature du prescripteur

cerfa

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR GRAND APPAREILLAGE

ASSURANCE

N° 12042*01

Articles R 165-26 à R 165-30 du Code de la Sécurité Sociale

MALADIE

Volet 4 - Organisme d'Assurance Maladie

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

247049935584380

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

BOUGHALL

PRENOM

FATMA

S'agit-il d'un accident ?

OUI

DATE

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM DE NAISSANCE

Prénom

Date de naissance

Lien avec l'assuré(e)

Conjoint

Enfant

Autre membre de la famille

Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins (dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je, soussigné, certifie que le patient désigné ci-dessus, présente :

sequelle rupture tendon tibial postérieur droite

Instabilité des chevilles bilatéral

Pied plat grade 3 des deux pieds

Identification du prescripteur

Docteur Pascal GUILLO

Chef de service

Consultation

Chirurgie Orthopédique

RPPS 10001404382 - FINESS 93 0 02148 0

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le

à

Signature du prescripteur

23/01/2025

(1) Se reporter à l'attestation papier qui accompagne la carte Vitale

S 3135a

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI