cerfa

n° 11164*04

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 :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

- **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom THIERRY MICHEL CHAPITEAU

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

numéro d'immatriculation 181039710102555

date de naissance 03 03 1981

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
15 Rue Paul Doumer , 93300 - Aubervilliers

- **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 ARRADA date de prescription 04 04 2025

identifiant 930700018 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 833.21€
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 932.19€ **€** **PRIX DE VENTE** 932.19€ **€**

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 94263116 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)* 52986900000016

date 11 04 2025 signature

avis du médecin conseil

accord ☐ refus ☐ - d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date .....

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 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.

S 3604d

cerfa

n° 11164*04

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 2
à adresser et à conserver au service médical

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom THIERRY MICHEL CHAPITEAU

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

numéro d'immatriculation 181039710102555

date de naissance 03 03 1981

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
15 Rue Paul Doumer , 93300 - Aubervilliers

• **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 ARRADA date de prescription 04 04 2025

identifiant 930700018 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	833.21€
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 932.19€ **€** **PRIX DE VENTE** 932.19€ **€**

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 94263116 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)* 52986900000016

date 11 04 2025 signature

avis du médecin conseil

accord ☐ refus ☐ - d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date .....

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 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.

S 3604d

cerfa

N° 12042*01

Volet 1 - Assuré

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR GRAND APPAREILLAGE

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

ASSURANCE MALADIE

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

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

PRÉNOM THIERRY MICHEL

● 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

■ TYPE D'APPAREIL

	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	TRONC
PROTHÈSE		X	
ORTHÈSE			

☐ 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)

Renouvellement de chaussure orthopédique sur mesure avec [illegible] [illegible] de pied intégré et contreforts bilatéraux

■ PARTICULARITÉS

☐ AT/MP DATE ☒ ALD ☐ ART. 115 ☐ AUTRE

Identification du prescripteur

Hôpital La Boissière
Hôpital de jour de rééducation
Groupe VYV 3 Ile de France
Dr Arrada
Médecin MPR
N° RPPS : 10001467124
13, Boulevard de La Boissière - 93130 Noisy le Sec
tél. : 01 41 55 10 70
Un établissement géré par VYV 3 Ile-de-France

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le 4/4/2025

à

Signature du prescripteur

Hôpital La Boissière
Hôpital de jour de rééducation
Groupe VYV 3 Ile de France
13, Boulevard de La Boissière - 93130 Noisy le Sec
tél. : 01 41 55 10 70
SIRET 480 266 014 00533 APE 8610Z
FINESS 93 0 0 0018
Un établissement géré par VYV 3 Ile-de-France

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

S 3135a

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

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

Dans le cadre d'une opération technique, le téléservice 'Réclamations paiements' sera indisponible le 09/04 entre 09h00 et 17h00. Veuillez nous excuser pour la gêne occasionnée.

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 : **1810397101025**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI

UNE DEMANDE ?

Contacter l'Assurance Maladie

Réclamations paiements

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE

PLUS D'INFORMATIONS

Le site de l'Assurance Maladie

Nomenclature des actes

cerfa
N° 12042*01

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR GRAND APPAREILLAGE
Articles R 165-26 à R 165-30 du Code de la Sécurité Sociale

ASSURANCE MALADIE

Volet 4 - Organisme d'Assurance Maladie

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

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

- 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)

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

■ **CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL**

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

Paraparésie spastique secondaire à une méningite tuberculeuse
Hypoesthésie bilatérale des membres inférieurs et anesthésie au delà

Hôpital La Boissière
Hôpital de jour de rééducation
Groupe VYV 3 Ile de France
Dr Arrada
Médecin MPR
N° RPPS : 10001467124
13, Boulevard de La Boissière - 93130 Noisy le Sec
tél. : 01 41 55 10 70

Identification du prescripteur

Un établissement géré par VYV 3 Ile de France

Fait le
à

Signature du prescripteur

Hôpital La Boissière
Hôpital de jour de rééducation
Groupe VYV 3 Ile de France
13, Boulevard de La Boissière - 93130 Noisy le Sec
tél. : 01 41 55 10 70
SIRET 460 266 014 00033 - APE 8610Z
FINESS : 93 070 0018
Un établissement géré par VYV 3 Ile de France

Etiquette à reporter sur feuille de soins

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

S 3135a

HUMECTEZ ICI