

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 BENHAROUAL ROUMAYSSA

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

numéro d'immatriculation 2 8 9 0 2 5 7 6 7 2 1 1 0 4 9

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 2 9 0 6 2 0 1 6

adresse 25 RUE JEAN MERMOZ 94310 - ORLY

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom BENHAROUAL MERIEM

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

numéro d'immatriculation 2 8 9 0 2 5 7 1 1 0 4 9

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 RICHARD MAITE date de prescription 2 3 0 1 2 0 2 4

identifiant 9 4 0 0 1 6 8 1 9 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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

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
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 1 4 0 6 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ]
date [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

| ar

Fournisseur de biens  
médicaux Podo-orthèses  
Cabinet : 12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



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.

## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

## INFORMATIONS

PATIENT

NIR : **2890257672110**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

## SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

## UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS  
CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

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

[Accessibilité : non conforme](#)





# prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

n° 12042\*02

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

### 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

BEN HAROUAL Roumayna

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

numéro d'immatriculation

28 9102 5767 2110 149

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

29 06 2016

adresse

#### ● 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 :

#### ● 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)

Une paire de chaussures orthopédiques sur moulage  
Anti valgum de chevilles et avec tolérance de  
l'équin bilatéral

### identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Dr Maïté RICHARD - Neuropédiatre / Assistante spécialisée  
Hôpitaux Paris Est Val de Marne 94 0 01681 9 / Pôle SSR Enfants  
Rééducation des Pathologies Neurologiques Congénitales - Tél. 01 43 96 63 70  
RRPS 10101480449

raison sociale

Dr Maïté RICHARD - Neuropédiatre / Assistante spécialisée  
adresse  
Hôpitaux Paris Est Val de Marne 94 0 01681 9 / Pôle SSR Enfants  
Rééducation des Pathologies Neurologiques Congénitales - Tél. 01 43 96 63 70  
RRPS 10101480449

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

23 01 2024

signature

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, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 44-17-1 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 3135 b