

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

Form for beneficiary details: nom et prénom, numéro d'immatriculation, date de naissance

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: CHEZ MME SANDRINE BOUSKILA 11 BIS ALLEE DES BRULIS 93340 - LE RAINCY

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

Form for insured details: nom et prénom, 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

Form for prescriber details: nom et prénom, date de prescription, identifiant, n° structure

position de la demande

1ère attribution [ ], 2ème attribution [ ], appareil provisoire [ ], renouvellement [X], réparation [ ]

références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

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

Form for supplier details: nom et prénom, raison sociale, adresse, n° structure

date, signature

avis du médecin conseil

accord [ ], refus [ ] - d'ordre médical [ ] - 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)

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 :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom AMSELLEM JEAN

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

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

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 1 3 1 2 1 9 4 5

adresse CHEZ MME SANDRINE BOUSKILA 11 BIS ALLEE DES BRULIS 93340 - LE RAINCY

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 LAOUI KACI date de prescription 1 1 0 4 2 0 2 4

identifiant 9 4 1 1 0 4 0 0 9 9 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [ ] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [X] 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

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 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 2 7 0 6 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**amelipro**



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 : **1451292510081**

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?

Contactez l'Assurance Maladie

NOUS CONTACTER

**3608**

Service gratuit + prix appel

À propos | Configuration | Mentions légales | CGU |

Accessibilité : non conforme

<b>Identification du prescripteur</b> <i>(nom, prénom et identifiant)</i>  Docteur MURIEL BOURGEON  N° RPPS  10001380137	<b>Identification de la structure</b> <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</i>  BCT CS ENDOCRINOLOGIE AD X494  N° FINESS  940100043
---	---

INS/NIR : 145129251008154



INS non signé

<b>Identification du patient</b> <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)</i>  Monsieur <b>AMSELLEM Jean</b>  N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))  1 4 5 1 2 9 2 5 1 0 0 8 1 5 4
---

Ordonnance du 11/04/2024 à 11:06

Né le 13/12/1945

Agé de 72 ans

---

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**  
(AFFECTION EXONERANTE)

Une paire de chaussures sur mesure  
Patient diabétique avec antécédent de pied de Charcot , et amputation

---

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

---

Ordonnance validée électroniquement par Docteur MURIEL BOURGEON