

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 TROUDART JOSIANE

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

numéro d'immatriculation 2 4 7 0 3 9 7 2 0 9 0 3 1 7 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 6 0 3 1 9 4 7

adresse 13 RUE JEAN MONET 94430 - CHENEVIERE SUR MARNE

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 TAZI OMAR date de prescription 2 5 0 6 2 0 2 4

identifiant 7 5 0 1 0 0 1 6 6 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 2 7 0 6 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

date [] - d'ordre administratif [] - motif :



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 : **2470397209031**

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

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

numéro d'immatriculation | 2 | 4 | 7 | 0 | 3 | 9 | 7 | 2 | 0 | 9 | 0 | 3 | 1 | 1 | 7 | 4 |

date de naissance | 1 | 6 | 0 | 3 | 1 | 9 | 4 | 7 |

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 13 RUE JEAN MONNET
94430 CHENNEVIERES SUR MARNE

● 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 : CCH CS DIABETO C PIED X687

● la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui date | | | | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Diabète type 2
pieds diabétiques grade 3 avec neuropathie, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, antécédent de mal perforant plantaire, hallux valgus, déformation du taon (séquelle d'osteite).

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
TAZI OMAR

raison sociale
CCH CS DIABETO C PIED X687

adresse
27, rue du faubourg Saint Jacques
75014 PARIS

numéro d'identification
1 0 0 0 1 4 9 8 6 8 1

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 1 6 6

date | 2 | 5 | 0 | 6 | 2 | 0 | 2 | 4 |

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

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. 114-17-1 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.

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 TROUDART HAYOT JOSIANE
numéro d'immatriculation 2 4 7 0 3 9 7 2 0 9 0 3 1 7 4
date de naissance 1 6 0 3 1 9 4 7

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 13 RUE JEAN MONNET
94430 CHENNEVIERES SUR MARNE

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

nom et prénom
numéro d'immatriculation

en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service : CCH CS DIABETO C PIED X687

la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui non date

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 podéo-orthèses appareil atypique sur devis

nature de l'appareil

définitif provisoire renouvellement réparation

descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Chaussures orthopédiques sur mesure et sur moulage classe B
Modèle bas ou semi-montant
Tige souple capitonné
Orthèses en veloppantes et épaisses
Semelles extérieures rigidifiées, avec abattage postérieur

identification du prescripteur et de l'institution dans laquelle il exerce

nom et prénom OMAR TAZI
raison sociale CCH CS DIABETO C PIED X687
adresse 27, rue du faubourg Saint Jacques 75014 PARIS
n° structure (AM, FINESSE ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 1 6 6
identifiant 1 0 0 0 1 4 9 8 6 8 1

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date 2 5 0 6 2 0 2 4 signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement

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.