

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 LO FARO JOSEPH DOMINIQUE

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

numéro d'immatriculation 156029912729068

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 26 02 1956

adresse RES LA CROIX DU SUD 7 RUE GUILLAUMET , 94550 - CHEVILLY LA RUE

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 GENET François date de prescription 26 08 2024

identifiant 920100054 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)

Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.94€

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

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

date 27 09 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

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 **LO FARO LO FARO JOSEPH***(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*numéro d'immatriculation **1 5 6 0 2 9 9 1 2 7 2 9 0 6 8***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 6 0 2 1 9 5 6**adresse **7 RUE GUILLAUMET
94550 CHEVILLY LARUE****• 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 coursdate d'entrée service : **RPC MPR UPOH (UF)****• 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'appareildéfinitif provisoire renouvellement réparation **• descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)**

Une paire de chaussures orthopédiques sur moulages de classe B

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exercenom et prénom
FRANCOIS GENETraison sociale
GH RAYMOND POINCARE-BERCKadresse
**104, boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES**identifiant **1 0 0 0 1 6 1 9 0 3 9**n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) **9 2 0 1 0 0 0 5 4**date **2 6 0 8 2 0 2 4** signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

Professeur François GENÊT - PU-PHService de Médecine Physique et de Réadaptation
104, boulevard Raymond Poincaré - 92380 GARCHES

Secrétariat : 01 47 10 70 68

N° Adic: 92 1 18322 4

n° 12042*02

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 **LO FARO LO FARO JOSEPH**

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

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

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 | 6 | 0 | 2 | 1 | 9 | 5 | 6 |

adresse **7 RUE GUILLAUMET
94550 CHEVILLY LARUE**

- **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 : **RPC MPR UPOH (UF)**

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

oui date | | | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Séquelles de polio

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

GENET FRANCOIS

raison sociale

GH RAYMOND POINCARE-BERCK

adresse

**104, boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES**

identifiant

| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 | 9 | 0 | 3 | 9 |

n° structure

(A.M. FINESS ou SIRET) **9 2 0 1 0 0 0 5 4**

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date | 2 | 6 | 0 | 8 | 2 | 0 | 2 | 4 |

signature

Professeur François GENET - PU-PH

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.

Hôpital Raymond Poincaré - 92380 GARCHES
Secrétariat : 01 47 10 70 68

S 3135 b

N° Adeli : 92-1-18322-4



**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.

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 : **1560299127290**



Régime : **REGIME
GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)



SÉCURISEZ VOS

CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)