

### demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de i	réception	:
-----------	-----------	---

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception, équivaut à un accord

<ul> <li>personne bénéficiaire de l'a</li> </ul>	ppareillage		
nom et prénom THIERRY MAGNIER			
	hu nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		nom et n° du centre de paiement ou de la section
numéro d'immatriculation	161117511112202		mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)
date de naissance	22 11 1961		
adresse 13 Rue Edouard Bra	nly , 94310 - Orly		
	ne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l	'assuré(e))	
nom et prénom  (nom de famille (de naissance), suivi d	hu nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation		T + + 11 + 1	
	partie à complét	er par le fournisseur	
• conditions de prise en ch	<u> </u>	•	
maladie 🗙 soins en rapport a	vec une ALD : oui 🕱 non		
accident du travail ou malad	ie professionnelle date		autre
<ul> <li>identification du prescri</li> </ul>	pteur		
nom et prénom BOURGEC	N Muriel	date de prescription	28 11 2024
identifiant   920100021	n° structure (.	AM, FINESS ou SIRET)	
• position de la demande			
1ère attribution X 2ème attrib	bution appareil provisoire	renouvellement rég	paration
• références L.P.P. de l'app	pareil (codes et désignation de	s fournitures)	numéro de l'appareil
	, ,		
•	dique sur mesure, de cl	•	PP 2620400 808.94€
	soit la hauteur LPP 268		
Moulage, quelle que	soit la hauteur LPP 268	125/ 49.49€	
• appareil atypique [ joind	dre le devis détaillé)		
(art. R. 165-25 du Code sécuri BASE DE REMBOURSEMEN'	,		PRIX DE VENTE   907.92€   €
BASE DE REWIDOURSEMEN		u at da la atunatura dans	
	identification du fournisseu		raquene ii exerce
•	N LENOBLE ASSOCIES	raison sociale adresse Phan & Ler	noble Associés
CONVENT	-ORTHESE	Centre de I	Podo-Orthèse Appliquée
12 RUE M		12, rue Mir	abeau - 94230 CACHAN
94230 - C			
	1 1 6 9 - CONV 1	n° structure	8690000016
		(A.M., FINESS ON SIRE!)	
date 17 01 2025	signature	low	_
	avis du n	nédecin conseil	
		- d'ordre médical	
accord	refus	_	4:6
date		- d'ordre administratif	- motif:



date

#### demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 2 à adresser et à conserver au service médical

date de réception : le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours, à compter de la date de réception, équivaut à un accord personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e) personne bénéficiaire de l'appareillage nom et prénom THIERRY MAGNIER (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) 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) 161117511112202 numéro d'immatriculation 22 11 1961 date de naissance 13 Rue Edouard Branly, 94310 - Orly • 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 • conditions de prise en charge de l'appareillage maladie x soins en rapport avec une ALD : oui non accident du travail ou maladie professionnelle date autre • identification du prescripteur nom et prénom BOURGEON Muriel 28 11 2024 date de prescription identifiant 920100021 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) Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.94€ Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€ Moulage, guelle gue soit la hauteur LPP 268 1257 49.49€ appareil atypique (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 907.92€ identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES raison sociale adresse Phan & Lenoble Associés 67 PODO-ORTHESE Centre de Podo-Orthèse Appliquée CONVENTIONNE 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1 identifiant date 17 01 2025 signature K 🛰 médecin conseil d'ordre médical accord refus - d'ordre administratif







(?)

En raison des incidents de sécurité d'opérateurs de complémentaire, soyez vigilants (i) sur la gestion de vos mots de passe et dans le doute, réinitialisez vos mots de passe. X En cas de difficulté, vous pouvez contacter le 3608.

#### **MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS**

**ACCÉDER À MES SERVICES** 

#### **INFORMATIONS PATIENT**

NIR: **1611175111122** 

Régime : **REGIME GENERAL** 

MT: OUI

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

**CHANGER DE PATIENT** 

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE Télécharger le pdf



## prescription médicale pour grand appareillage

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

VOLET 3 destiné à l'organisme

o personne bénéficiaire d	c l'apparcillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin) MAGNIER THIERRY	d'assurance maladi (service médical)	
cnom ac jamine (de naissance), su	ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	•	
numéro d'immatriculation	1 6 1 1 1 7 5 1 1 1 1 2 2   0 2   nom et nº du centr	1° du centre de paiement ou de la section ste (pour les salariés) ou nom et n° de sme conventionné (pour les non salariés)	
date de naissance	2 2 1 1 1 1 9 6 1 )	monne (pour les non salaries)	
adresse 13 RUE EDOUÂR 94310 ORLY	D BRANLY		
• assuré(e) (à remplir si la per	sonne qui bénéficie de l'appareillage nest 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 o en cas d'hospitalisation en cours date d'entrée service : BCT ENDOCRINOLOGIE ADULT la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers?

開闢開闢提供 鐵鐵 用發射 提展partic confidentielle réservée à l'information

Une paire de chaussures sur mesure pour patient diabétique avec antécedent d'amputation d'orteil sur pied neuroischémique

Déformation résiduelle du pied

oui \_\_\_ date

Docteur BOURGEON (6) (Pied diabétiqu

GF C BERTELL OFFICE CHEET.	RDDs "SUUIDI
ni ara in mesana	题 [[] ] [[] ] [[] [] [] [] [] [] [] [] []
21. 21. 31. 32. 22. 3	歌語 は Baki はおぬぎ MICOFINGATION OH MYOOM またい しょ
	AND THE RESIDENCE OF THE PROPERTY OF THE PROPE
	The state of the last the last state of the last state of the state of

nom et prénom

**BOURGEON MURIEL** 

Policlinique Adultes oltal Bicêtre Bâtiment F. Barré-Sinoussi Secteur Orange - Porte 39 Consultations: 01 45 21 73 00 Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 > Fex: 01 45 21 73 24

raison sociale

HOPITAL DE BICETRE

78, rue du Général Leclerc 94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 4

date

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 madifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle govantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.



# prescription médicale pour grand appareillage

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

o personne bénéficiaire de	partie à com l'appareillage <i>(la ligne "nom et prén</i> e	pléter par l'assuré(e) om" est obligatoirement rennli	ie nar le médecin)
nom et prénom MAGNIER	MAGNIER THIERRY		o par to meacons
(nom de famille (de naissance), suiv	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		The second of the second secon
numéro d'immatriculation	1 6 1 1 1 7 5 11 1	1 1 2 2 1 0 2	nom et nº du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et nº de
date de naissance [2,2]1,1]1,9,6,1]			l'organisme conventionné (pour les non salariés)
adresse 13 RUE EDOUAR	D BRANLY	TO THE OWNER WINDOWS THE SAME STANDARD TO SEE THE STANDARD WINDOWS TO SEE THE SECTION OF THE SEC	Political of the death of the order of the experience of the control of the contr
94310 ORLY		elektrikan distrikan inga tundak distrika san i distrika ya a toʻri. "A ta'yolinda, ta'bat, toʻri isinaga quida, diga ay-	
1	nne qui bénéficie de l'apparcillage nest pas	s l'assuré(e))	
nom et prénom	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	POWER STANDARD STANDARD STANDARD STANDARD AND A STA	
numéro d'immatriculation		The conduct resonance of Carlot B. and districts and control of considering successful conductive and secure	
• en cas d'hospitalisation e	n cours	The second control of	
date d'entrée	An annual control of the control of	DOCRINOLOGIE ADULT	en e
<ul> <li>la prescription fait-elle si</li> </ul>	uite à un accident causé par un tie	described have surveyed about the control of the co	ANALYSIS PARTY AND ANALYSIS ANA
oui date	non	2004 and policy of the consistence of a consistence of white constraints and a constraint a	
	The state of the s		léter la partie confidentielle du volet 3)
o conditions de prise en c		er les voiets i et 2 pour comp	leter la partie confidentielle du volet 3)
maladie Soins en rapport a		e dienoneás au titua d'una non	
and the second of the second o	The state of the s	a diapenaes au titre d'une per	sion militaire (art. L.212-1) oui 🗌 non 🔳
accident du travail ou mala	die professionnelle date		autre 🗌
• type d'appareil	e i nom i no observata e distanti di e escribira della proposazione della composizione de	Mark British Shakara Cabar Markara ka	Anna Beneria and American and A
prothèse membre supérieur	prothèse membre inférie	eur 🔲	
orthèse membre supérieur	orthèse membre inférie		ronc 🗍
prothèse oculaire et maxillo-fa		E Granese t	atypique sur devis
- Marie Marie - National Agency Company and a contract of the	podo-ottiles		65-25 du Code sécurité sociale)
o nature de l'appareil		The state of the s	и по вози в п. в не озветов на биневаний на
définitif 🖺	provisoire	renouvellement	réparation
	and the second of the second o	entro a contra constituta de la contra de la contra	
	pareil (matériaux, segments, n	noyens de jonctions, etc	
Chaussures sur mesure			
	2-1		
	Docteur BOURGEON Murie	ľ	
	(Pied diabétique)	n. 1980-sia minimum anthra i dan sarah en en sarah di dan kalandah kandah eriman an merupa a dan a	National Control of Control of Control of the Control of Control o
	RPPS 10001280427 Sidentification du prescripteur et Policlinique Adultes	de la structure dans laqu	elle il exerce
nom et prénom	Policlinique Adultes Bâtiment F. Barré-Sinoussi	raison sociale	
MURIEL BOURGEON	Gecleur Orange - Porto 20	HOPITAL DE BICETI	RE
	Consultations : 01 45 21 73 00 Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 22	adresse 78, rue du Général Leclero	
	Fax: 01 45 21 73 24	94275 LE KREMLIN-BICÊ	
identifiant 1 0 0 0	1.3.8,0,1,3,7	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)   9   4   0	100043
	The second secon	To a model many within	with transferred. Variable from the constitution of the constituti
date 2 8 1 1 2 (	O 2 4 signature	M	
Oniconane se vend connable do trando.	ou de lousse dicharation est massiblade namelle	is Granustan diamentary in	