

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 MAHAMOUD SAID

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

numéro d'immatriculation 178079851400195

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 08 07 1978

adresse 2 ALLEE DU JURA , 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

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 BOURGEON Muriel date de prescription 06 03 2025

identifiant 940100043 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 833.21€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€

appareil atypique [ ] (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 932.19€ € PRIX DE VENTE 932.19€ €

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 11 04 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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





# prescription médicale pour grand appareillage

n° 12042\*02

(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 3**  
destiné à l'organisme  
d'assurance maladie  
(service médical)

## partie à compléter par l'assuré(e)

o **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom MAHAMOUD MAHAMOUD SAID

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

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

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 | 0 | 8 | 0 | 7 | 1 | 9 | 7 | 8 |

adresse 2 allée du Jura  
94550 CHEVILLY LARUE

o **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

o **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée | | | | | | | | | | service : BCT ENDOCRINOLOGIE ADULT

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

oui  date | | | | | | | | | | non

## partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Amputation du premier et deuxième rayon du pied droit avec déformation du pied ne permettant pas un chaussage de série chez un patient diabétique à risque podologique

Docteur BOURGEON  
(Pied diabétique)

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

nom et prénom  
BOURGEON MURIEL

RPP 1380137  
Hôpital Bicêtre  
Policlinique Adultes  
Bâtiment F. Barré-Sinoussi  
Secteur Orange - Porte 39  
Consultations : 01 45 21 73 00  
Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 24  
Fax : 01 45 21 73 24

raison sociale  
HOPITAL DE BICETRE  
adresse  
78, rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 8 | 0 | 1 | 3 | 7 |

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET) 9 4 0 1 0 0 0 4 3

date | 0 | 6 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 | 5 |

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.



# 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)

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 MAHAMOUD MAHAMOUD SAID

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

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

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 0 8 0 7 1 9 7 8

adresse 2 allée du Jura  
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 : BCT ENDOCRINOLOGIE ADULT

### 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 sur mesure

Docteur BOURGEON Muriel  
(Préd. di. 10001380137)

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

nom et prénom MURIEL BOURGEON

Hôpital Bicêtre  
Policlinique Adultes  
Bâtiment F. Barré-Sinoussi  
Secteur Orange - Porte 39  
Consultations : 01 45 21 73 00  
Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 22  
Fax : 01 45 21 73 24

raison sociale HOPITAL DE BICETRE

adresse 78, rue du Général Leclerc  
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant 1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 9 4 0 1 0 0 0 4 3

date 0 6 0 3 2 0 2 5

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.

S 3135 b



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

amelipro



-

## ACTIVITÉS

Mes services paiements

Commande d'imprimés

## SERVICES PATIENTS

**i** 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 <sup>?</sup> PATIENT

NIR : **1780798514001**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

Autres bénéficiaires

Sélectionner ▼

CHANGER DE PATIENT

## UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance  
Maladie

Réclamations  
paiements



SÉCURISEZ VOS

CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE

