cerfa

n° 11164*04

# 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 :**

## personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

- **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom PATRICK HAUSSLEIN

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

numéro d'immatriculation 165037501202727

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
8 Residence des Gemeaux , 94260 - Fresnes

- **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** ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☒ non ☐

**accident du travail ou maladie professionnelle** ☐ date **autre** ☐

- **identification du prescripteur**

nom et prénom BESNARD LEA date de prescription 01 04 2025

identifiant 750010126 n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

- **position de la demande**

1ère attribution ☐ 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 94263116 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)* 52986900000016

date 30 04 2025 signature

## avis du médecin conseil

accord ☐ refus ☐ - d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date .....

*Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 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 3604d**

cerfa

n° 11164*04

# 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 2**
**à adresser et à conserver au service médical**

**date de réception :**

## personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

- **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom PATRICK HAUSSLEIN

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

numéro d'immatriculation 165037501202727

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
8 Residence des Gemeaux , 94260 - Fresnes

- **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** ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☒ non ☐

**accident du travail ou maladie professionnelle** ☐ date **autre** ☐

- **identification du prescripteur**

nom et prénom BESNARD LEA date de prescription 01 04 2025

identifiant 750010126 n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

- **position de la demande**

1ère attribution ☐ 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 94263116 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)* 52986900000016

date 30 04 2025 signature

## avis du médecin conseil

accord ☐ refus ☐ - d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date .....

*Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 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 3604d**

**MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS**

ACCÉDER À MES SERVICES

**INFORMATIONS PATIENT**

NIR : **1650375012027**

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

SoMeD

29, rue de Turbigo | 75002 Paris

N° FINESS
750010126

Pour le 22/4/ 9H30
29/4/

12 rue MIRABEAU

Paris, le 14/04/2025

Patient Haussleiner Patrick.
né le 03/03/1965

ALD

☐ Dr Yveline DESBRUERES
Médecin généraliste
N° RPPS
10000188325

☐ Dr Jean-Christophe GIRAULT
Médecin généraliste
N° RPPS
10000381409

☐ Dr Agnès PEDRON
Psychiatre
N° RPPS
10001489466

1 paire de chaussures orthopédiques sur mesure.
Neuropathie périphérique, AOMI, orteil en griffe, hallux valgus droit douloureux en attente de chirurgie.

Grade de risque podologique 3

Dr Besnard

Dr Lia BESNARD
Médecin remplaçant
RPPS : 10102218376

3H023913860100

Tél. 01 49 27 09 20
renelaborie@somedsante.fr

Pendant les horaires de fermeture, en cas d'urgence : composer le 15 ou le 112