



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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom COLETTE L'YAVANC JARDE

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

numéro d'immatriculation 238067511433022

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 25 06 1938

adresse RES LA VALLEE STUDIO 71 22 RUE DE LA VILLA FLAMANDE , 92340 - BOURG LA REINE

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 ROUGERIE Cécile date de prescription 27 08 2024

identifiant 941138125 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, 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 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

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

date 25 10 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Podo-  
orthèses  
12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



## 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**

## INFORMATION

**S  
PATIENT**

NIR : **2380675114330**

Régime :  
**Autres régimes et mutuelles**

MT : **OUI**

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

**CHANGER DE PATIENT**



**SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS  
IDENTIFIANT/MOT**



## 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

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

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)

## ● 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 :

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

oui  datenon 

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

## ● le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage

pieds creux avec impuissance.  
verus de l'osier pied.

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

nom et prénom

DR CECILE ROUGERIE  
14 RHUMATOLOGUE

raison sociale

adresse

Conventionné hono. librec

29 RUE J. JAURES

94240 L'HAY LES ROSES

94 1 13812 5 T.01 47 40 13 04

identifiant

n° structure

(AM, FINISS ou SIRET)

date

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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles 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 3135 b

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

LUCANSS - Barferin

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: L'YANNIC - JANE COLETTE
numéro d'immatriculation: 238 0675114330122x
date de naissance: 26/06/1938

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: Antenne galois 92340 Bourg-la-Reine

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 :

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 [x] soins en rapport avec une ALD : oui [x] non [ ] soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.115) 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 [x] appareil atypique sur devis [ ]

nature de l'appareil

définitif [ ] provisoire [ ] renouvellement [ ] réparation [ ]

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

une paire de chaussures ultralégères sur mesure et sur moulage.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom: DR. CECILE ROUGERIE
raison sociale: 14 RHUMATOLOGUE
adresse: 29 RUE J. JAURES 92340 L'HAY LES ROSES
n° structure: 64 1 10812 5 T.01 47 40 13 04

date: 27/08/2014 signature: [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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).