

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 MARCELLE VENIER

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

numéro d'immatriculation 243017506901997

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 01 1943

adresse 3 Allée des Chataigniers , 91620 - Nozay

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 BASSAINE MOHAMED date de prescription 28 10 2024

identifiant 911012813 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 08 11 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

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 MARCELLE VENIER

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

numéro d'immatriculation 243017506901997

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 01 1943

adresse 3 Allée des Chataigniers , 91620 - Nozay

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 BASSAINE MOHAMED date de prescription 28 10 2024

identifiant 911012813 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 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 08 11 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :

**amelipro**

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



i 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

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 **?** PATIENT

NIR : **2430175069019**



Régime : **Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF**

Droits à la date du jour : **OUI**
Exonération : **OUI**
MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)



**SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS**

IDENTIFIANT/MOT DE





n° 12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

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

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

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

numéro d'immatriculation **2 43 01 75 069 019 97**
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 **25/01/1943**

adresse **3 ALLEE des CHATAIGNIER 91620 NOZAY**

● 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 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.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 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)

chaussures orthopédique sur mesure droite et gauche
 orthèse sur mesure d'immobilisation du genou gauche en extension

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Docteur Mohamed BASSAINE**
 raison sociale **Clinique de l'Yvette**
 adresse **67 route de Corbeil**
91160 Longjumeau

identifiant **10001540037** Conventionné Hono.libres n° structure **91 170470 8**
(AM, FINISS ou SIRET)

date **28/10/2024**

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



prescription médicale pour grand appareillage

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

n° 12042*02

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

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: VENIER Marcelle née DESCHAMPS
numéro d'immatriculation: 2 43 01 75 069 019 97
date de naissance: 25/01/1943

adresse: 3 ALLEE des CHATAIGNIER 91620 NOZAY

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 non

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

séquelles de poliomyélite + paraplégie suite à ischémie médullaire
paralysie des 2 pieds + parésie du quadriceps droit + paralysie du quadriceps gauche

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom: Docteur Mohamed BASSAINE
raison sociale: Clinique de l'Yvette
adresse: 67 route de Corbeil 91160 Longjumeau
Conventionné Hono.libres
identifiant: 10001540037
n° structure: 91 170470 8

date: 28/10/2024 signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement...

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI