

# 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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom MAILLET JEANNINE

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

numéro d'immatriculation 2 3 5 0 7 4 1 2 0 4 0 0 1 9 0

date de naissance 3 1 0 7 1 9 3 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)

adresse

3 RUE CHEMIN BAS 41350 - SAINT CLAUDE DE DIRAY

• 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 DESCLEE DE MAREDSOUS Romain date de prescription 2 6 0 3 2 0 2 4

identifiant 4 1 0 0 0 0 0 8 7 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)

LPP 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

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

BASE DE REMBOURSEMENT 834.02 €

PRIX DE VENTE 834.02 €

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

nom et prénom SARC 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  
TEL : 01 82 01 96 41

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

date 2 4 0 5 2 0 2 4

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

VOLET 2

à adresser et à conserver  
au service médical

date de réception :

## • personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom MAILLET JEANNINE

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

numéro d'immatriculation 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

3 RUE CHEMIN BAS 41350 - SAINT CLAUDE DE DIRAY

## • 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 DESCLEE DE MAREDSOUS Romain date de prescription identifiant  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)

LPP 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

• appareil atypique  (joindre le devis détaillé)  
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)BASE DE REMBOURSEMENT  €PRIX DE VENTE  €

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

nom et prénom SARC PHAN LENOBLE ASSOCIES  
67 PODO-ORTHESE  
CONVENTIONNE  
12 RUE MIRABEAU  
94230 - CACHAN  
identifiant raison sociale  
adressePhan & Lenoble Associés  
Centre de Podo-Orthèse Appliquée  
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN  
TEL : 01 82 01 96 41n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET) date signature 

## avis du médecin conseil

accord refus  - d'ordre médical date - d'ordre administratif  - motif : .....

**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. **X**

## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



**ACCÉDER À MES SERVICES**

## INFORMATIONS

PATIENT 

NIR : **2350741204001**

Régime : **MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **NON**

MT : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**

## SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)



## UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS CONTACTER

**3608** Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#)  
[Accessibilité : non conforme](#)

## 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)

## • 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

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

adresse

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

Troubles volumétriques -

Pied plat en échancrure 3<sup>er</sup> degré -

pied valgus billeterie -

Réservez les orteils inductibles.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure  
(AM, FINESS 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 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

## 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

(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)

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 Mr GARABITO Frédéric

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

numéro d'immatriculation 716910813155586161

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 19810110

adresse

## • 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.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 orthopédiques sur mesure sur montage -  
 Motile talon avec renfort latéral -  
 Orthèse de correction comme le velours 3 en ligne gauche -

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  Docteur Isabelle DUCASSE Angiologue conventionnée Secteur 1 - sur RDV Mosaïque Santé 1, rue du Professeur Philippe Maupas 41260 La Chaussée Saint Victor 41 1 101 458 2 RPPS 1000 2043288	raison sociale  adresse  n° structure (AM, FINES ou SIRET)
identifiant <u>  </u>	<u>  </u>

date

1/8/2018

signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article 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.