

demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de réception :

le défaut de réponse de l'organisme.	, dans un délai de 15 jours,
à compter de la date de réception	n. équivaut à un accord

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

 personne bénéficiaire de l'a 	ıppareillage			
nom et prénom DESBONNETS BERTRAND				
	du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		nom et n° du centre de paiement ou de la section	
numéro d'immatriculation	143045948700235		mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)	
date de naissance	20 04 1943			
adresse 14 RUE VERTE , 772	230 - VENANTES			
• assuré(e) (à remplir si la personn	ne 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				
		eter par le fournisseur		
• conditions de prise en ch				
maladie soins en rapport a	vec une ALD : oui 🗶 non			
accident du travail ou malad	<u> </u>		autre	
• identification du prescri	•			
nom et prénom NETES La	ura-Otilia	date de prescription	23 01 2025	
identifiant 77000446	n° structure	(AM, FINESS ou SIRET)		
• position de la demande				
1ère attribution 2ème attri	bution appareil provisoire	renouvellement X ré	paration numéro de l'appareil	
• références L.P.P. de l'ap	pareil (codes et désignation de	es fournitures)		
Chaussura Orthoná	diano cur mocuro, do c	slacco P. la paire I	DD 2620400 909 046	
Chaussure Orthope	dique sur mesure, de c	lasse B, la paire L	.PP 2020400 808.94€	
• appareil atypique [(joing		-		
(art. R. 165-25 du Code sécuri BASE DE REMBOURSEMEN			PRIX DE VENTE 808.94€ €	
DASE DE REMDOURSEMEN	identification du fournisser	ur at da la structura dans		
			laquelle il exerce	
_	AN LENOBLE ASSOCIES	raison sociale adresse Phan & Ler	noble Associés	
CONVENT	-ORTHESE	Centre de	Podo-Orthèse Appliquée	
12 RUE M		12, rue Mir	abeau - 94230 CACHAN	
94230 - C				
	1 1 6 9 - CONV 1	n° structure	8690000016	
1	signature	(AM, FINESS OU SIREI)		
date 03 02 2025 signature				
avis du médecin conseil				
accord	refus	- d'ordre médical		
_	1	- d'ordre administratif	- motif:	
date				



demande d'accord préalable pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 2 à adresser et à conserver au service médical

(articles R. 103-25, R. 103-20 et R. 103-28 au Coae de la securite 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		e l'apparemage et assure(e			
nom et prénom DESBONI	NETS BERTRAND				
(nom de famille (de naissance), suiv	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))				
numéro d'immatriculation	143045948700235		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	20 04 1943		t organisme conventionne (pour les non saturies)		
adresse 14 RUE VERTE , 77230 - VENANTES					
• assuré(e) (à remplir si la perso	nne qui bénéficie de l'appareillage n'est pa	s l'assuré(e))			
nom et prénom					
7.	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))				
numéro d'immatriculation					
• conditions de prise en (léter par le fournisseur			
	avec une ALD : oui	n			
accident du travail ou mala	adie professionnelle date		autre		
• identification du presci	ripteur				
nom et prénom NETES L	aura-Otilia	date de prescriptio	n 23 01 2025		
identifiant 7700044	6 n° structure	e (AM, FINESS ou SIRET)			
 position de la demande 					
1ère attribution 2ème att	ribution appareil provisoire	renouvellement X ré	sparation \(\begin{array}{c} \langle \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\		
a ráfárancas I P.P. da l'a	ppareil (codes et désignation o	dos fournituros)	numéro de l'appareil		
Chaussure Orthop	édique sur mesure, de	classe B, la paire I	_PP 2620400 808.94€		
• appareil atypique // (joi	ndre le devis détaillé)				
(art. R. 165-25 du Code sécu	ırité sociale)				
BASE DE REMBOURSEME			PRIX DE VENTE 808.94€ €		
	identification du fournisse	eur et de la structure dans	s laquelle il exerce		
nom et prénom SARL PH	IAN LENOBLE ASSOCIES	raison sociale adresse Phan & Le	noble Associás		
67 POD	D-ORTHESE		Podo-Orthèse Appliquée		
CONVEN			rabeau - 94230 CACHAN		
12 RUE	MIRABEAU	12, rue Mi	rabeau - 94230 CACHAN		
94230 -	CACHAN				
identifiant 94263	B 1 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2	98690000016		
date 03 02 2025 signature					
avis du médecin conseil					
		- d'ordre médical			
accord	refus	_	- 		
date		- d'ordre administratif	_ motif:		

nº 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant)

Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

> Môpital de semaine de Mégacine GHEF - Site de MEAUX Tél. 01 78 71 41 83 Fax 01 78 71 41 82

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il v a lieu)) (à compléter par le

DESBONNETS BERTRAND

20/04/1943

NN: DESBONNETS

81

IEP: 613375157

M

H: 1966 M: 1700 LE 15/01/2025

IPP: 103283634

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

Le 13/01/2015

Une paire chaussures orthopédiques sur mesure avec les orthèses plantaires.

Diabétologie Endocrinologie HTA REPS Nº 10101217742

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

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).







En raison des incidents de sécurité d'opérateurs de complémentaire, soyez vigilants sur la $ig({f i} ig)$ 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: 1430459487002

Régime : MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

MT: OUI

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

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE Télécharger le pdf

3608

Service gratuit + prix appel