

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 accordVOLET 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 AHMED OUAHOUD

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

numéro d'immatriculation 145119935404407

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 11 1945

adresse

15 Avenue Winston Churchill , 93330 - Neuilly-sur-Marne

## ● 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 LOISEAU Karine

date de prescription 26 02 2025

identifiant 750100083

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

raison sociale

adresse Phan & Lenoble Associés  
Centre de Podo-Orthèse Appliquée  
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1

n° structure

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

date 04 04 2025

signature



## avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical - d'ordre administratif 

- motif : .....

date

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



**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 OUAHOUD OUAHOUD AHMED

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

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

*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 2 5 1 1 1 9 4 5

adresse 15 AVENUE WINSTON CHURCHILL  
93330 NEUILLY SUR MARNE**● 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 : RTH REED NEURO

**● 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)**CHTM CLASSE B  
MONTANTES- EFFET RELEVEUR A G- RELEVER DU BOUT A G - LEGERE- CAPITONNEE**identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**nom et prénom  
LOISEAU KARINEraison sociale  
HOPITAL ROTHSCHILD  
adresse  
5, rue Santerre  
75012 PARIS

identifiant 1 0 0 0 3 1 3 6 7 8 4

n° structure  
*(AM, FINISS ou SIRET)* 7 5 0 1 0 0 0 8 3

SIGNÉ ELECTRONIQUEMENT

date 2 6 0 2 2 0 2 5 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.*



# prescription médicale pour grand appareillage

(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)

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 OUAHOUD OUAHOUD AHMED

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

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

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 2 5 1 1 1 9 4 5

adresse 15 AVENUE WINSTON CHURCHILL  
93330 NEUILLY SUR MARNE

- **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 : RTH REED NEURO

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

oui  date non

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

HEMIPLEGIE G- PATIENT ACTIF ET MARCHANT-  
PIED TOMBANT- STABILISATEUR DE GENOU FAIBLE- PETITE SPASTICITE PEU GENANTE AU MI

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

nom et prénom  
LOISEAU KARINE

raison sociale  
HOPITAL ROTHSCHILD

adresse  
5, rue Santerre  
75012 PARIS

identifiant 1 0 0 0 3 1 3 6 7 8 4

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 0 8 3

date 2 6 0 2 2 0 2 5

signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

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



SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Pod-  
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**

## INFORMATIONS ? PATIENT

NIR : **1451199354044**

Régime :  
**MUTUALITE  
SOCIALE  
AGRICOLE**

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI

## UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance](#)

[Réclamations](#)

maladie

paiements



SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS  
IDENTIFIANT/MOT DE



### PLUS D'INFORMATIONS



Le site de  
l'Assurance  
Maladie



Nomenclature  
des actes

**3608**

Service gratuit + prix appel

[À propos](#) [Configuration](#) [Mentions légales](#) [CGU](#)

Accessibilité : non conforme