

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, équivaut à un accord	

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

nom et prénom BOUVIER ALAIN (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) numéro d'immatriculation 148077055043729 nom et n° du centre de paiement ou de la s' mutualiste (pour les salariés) ou nom et	
nom et nº du centre de paiement ou de la s	
numero d'immatriculation 1/180///0550/13///0	ection
numero d'immatriculation 1480//055043/29 mutualiste (pour les salariés) ou nom et l'organisme conventionné (pour les non sa	n° de
date de naissance 03 07 1948	ŕ
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	
partie à compléter par le fournisseur	
• conditions de prise en charge de l'appareillage	
maladie soins en rapport avec une ALD : oui non non	
accident du travail ou maladie professionnelle date autre	
identification du prescripteur	
nom et prénom NETES Laura-Otilia date de prescription 21 09 2023	
identifiant 770000446 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)	
• position de la demande	
1ère attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement réparation numéro de l'appareil provisoire numéro numéro de l'appareil provisoire numéro de	ril
• références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)	
Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.92€	
 appareil atypique	e
	€
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 808.92€ PRIX DE VENTE 808.92€	
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 808.92€ 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 date 14 4 00 2024 signature prix de vente 808.92€ 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 0 1 6	
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 808.92€ € PRIX DE VENTE 808.92€ 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 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN 12 RUE MIRABEAU 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN 16 Podo-Orthèse 12 Podo-Orthèse 13 Podo-Orthèse 14 Podo-Orthèse 14 Podo-Orthèse 14 Podo-Orthèse 15 Podo-Orthèse 16 Po	
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 808.92€ 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 date 14 4 00 2024 signature prix de vente 808.92€ 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 0 1 6	
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 808.92€ € PRIX DE VENTE 808.92€ 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 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN 14 08 2024 15 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6 date 14 08 2024 signature 14 08 2024 signature 15 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6 16 or structure 16 2 2 5 du Code sécurité sociale 18 08.92€ 19 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20 20	



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

	éfaut de réponse de l'organisme à compter de la date de réceptio		s,
• personne bénéficiaire de		l'appareillage et assuré(e)	
nom et prénom BOUVIER			
_	ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation	148077055043729	<i>m</i>	om et n° du centre de paiement ou de la section utualiste (pour les salariés) ou nom et n° de organisme conventionné (pour les non salariés)
date de naissance	03 07 1948		(F
adresse			
• assuré(e) (à remplir si la pers	conne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas	l'assuré(e))	
nom et prénom	ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation	vi du nom a usage (jacunan) et s'it y a neu))		
namero a immatrediation	partie à complé	ter par le fournisseur	
• conditions de prise en	charge de l'appareillage	•	
maladie x soins en rappo	rt avec une ALD : oui 🗶 non		
accident du travail ou ma	ladie professionnelle date		autre
 identification du preso 	cripteur		
nom et prénom NETES	Laura-Otilia	date de prescription	21 09 2023
identifiant 7700044	n° structure	(AM, FINESS ou SIRET)	
 position de la demand 	e		
1ère attribution 2ème a	ttribution appareil provisoire	renouvellement répara	numéro de l'appareil
• références L.P.P. de l'	appareil (codes et désignation d	es fournitures)	
Chaussure Orthor	pédique sur mesure, de c	lasse B, la paire LPF	P 2620400 808.92€
·	,	, ,	
• appareil atypique // (jo	nindre le devis détaillé)		
(art. R. 165-25 du Code séc BASE DE REMBOURSEM)	curité sociale)	n	PRIX DE VENTE 808.92€ €
BASE DE REMBOURSEMI	-	_	
		ır et de la structure dans lac	uene n exerce
*	HAN LENOBLE ASSOCIES O-ORTHESE	raison sociale adresse Phan & Leno	ble Associés
	NTIONNE	Centre de Po	do-Orthèse Appliquée
	MIRABEAU	12, rue Mirak	peau - 94230 CACHAN
	CACHAN		
	3 1 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8	690000016
date 14 08 2024	signature	ll one	
	avis du	médecin conseil	·
accord	refus	- d'ordre médical	
accord	icius	- d'ordre administratif -	motif:









En raison des incidents de sécurité d'opérateurs de complémentaire, soyez vigilants sur (i) la gestion de vos mots de passe et dans le doute, réinitialisez vos mots de passe. En cas $m{ imes}$ de difficulté, vous pouvez contacter le 3608.

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS PATIENT (?)

NIR: **1480770550437**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : OUI

Exonération: OUI

MT: OUI

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

Contacter l'Assurance Maladie



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)

CONVENTIONNE

Identification de la structure

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

GRAND HOPITAL DE L'EST FRANCILIEN

6-8 RUE SAINT FIACRE

BP 218

77108 MEAUX CEDEX

=> 77 0 00044 6 09 1 10 1

n°AM

Identification du patient

(nom de famille (de paissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a liqu)) (fi compléter par le prescripteu

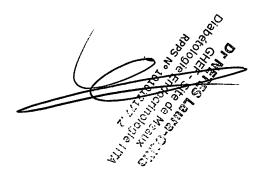
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

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

(AFFECTION EXONÉRANTE)

2/(09/2013

1 park de leaumen orthogédepus



Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)