



---

*Phan & Lenoble Associés*  
Centre de Podo-Orthèse Appliquée  
12, Rue Mirabeau - 94230 CACHAN  
Tél : 01 82 01 96 41

---

Cachan, le 19 MARS 2025

OBJET : réclamation de lots manquants .

Madame, Monsieur

Je vous remercie de bien vouloir prendre en charge de ce dossiers avec des pièces manquantes.

En pièces jointes :

- Ordonnance de médecin spécialisé
- La Demande Entente Préalable
- Le courrier pour passer en 1<sup>ère</sup> mise chaussures orthopédiques
- La feuille de soin photocopiée.
- Le relevé de la caisse d'assurance Maladie.

Je vous remercie d'avance.

Bien cordialement,

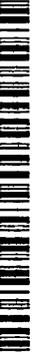
Minh Luan PHAN  
Podo-orthésiste DE

Avec toute mon attention,

Votre correspondant de l'Assurance Maladie

**Une adresse unique pour l'envoi de vos pièces justificatives:**

**CPAM de PARIS  
Lots de Télétransmission « Fournisseurs »  
TSA 99998  
75948 PARIS CEDEX 19**



363204546686616006

**GRAMIF GRAMIF 17-19 avenue de Flandre  
75954 PARIS Cedex 19**

0245456866 705739 200 Déposé le 06.03.25  
G4 DISTRI QUATRE CI 1505 59 LILLE PIC

**SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES  
0012 R MIRABEAU  
94230 CACHAN**

Identifiant 942631169

Téléphone 36.08

Fax 01.40.05.68.98

Date 03/03/2025

Suivi par

Objet Réclamation de lots manquants

Madame, Monsieur,

Vous avez télétransmis des lots de factures pour lesquels nous n'avons pas reçu les pièces justificatives correspondantes. Je vous rappelle l'obligation de nous faire parvenir ces justificatifs au plus près de la transmission du flux de facturation dans un délai maximum de trente jours.

*Pour les audioprothésistes, les prestations de suivi (SUI) sont dispensées d'envoi de pièces justificatives (PJ). Si les lots mentionnés ci-dessous concernent uniquement des factures de prestations de suivi, ne pas tenir compte de la demande d'envoi de PJ.*

Vous trouverez, ci-dessous, le tableau récapitulatif des lots concernés avec leurs références.

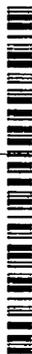
Lot N°	N° facture	Non sécurisée	Transmise le	Payé le	Montant
318	2	<input checked="" type="checkbox"/>	28/01/2025	30/01/2025	1 716,86 €
<b>TOTAL</b>					<b>1 716,86 €</b>

Je vous remercie donc de transmettre les pièces concernées à la caisse dans le délai de 15 jours à compter de la réception de la présente.

A défaut de transmission, je serais au regret de devoir engager une procédure de recouvrement des prestations indues.

**Rappel** : Les pièces justificatives transmises au format papier doivent obligatoirement être accompagnées du bordereau de télétransmission correspondant ou à défaut être identifiables par un numéro de facture et un numéro de lot.

Pour les flux sécurisés les pièces justificatives attendues sont les prescriptions médicales (hors cas de renouvellement ou de soins soumis à accord préalable). Si vous avez transmis des flux dégradés, vous devez également nous faire parvenir les feuilles de soins correspondantes signées par les assurés. Afin d'éviter un double paiement il est important que celles-ci soient identifiées par la mention « télétransmission ».



# TIERS-PAYANT

SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES  
942631169 - Podo-orthèses  
12 R MIRABEAU 94230 CACHAN

## LOT N°318

Date de paiement : 30/01/2025 RG - 751 - Caisse d'assurance maladie de Paris	Montant total du lot : <b>1 716,86 €</b>  Total nature d'assurance AS : 1 716,86 € AU COMPTE EU 17515 90000 08001938309 87
---	---

### Prestations et remboursements

Facture n° :	164019935011235 - ILHAMI ABDELFATTAH, né(e) le 01/01/1964						AS	Total :
90470	PODO ORTHESE COR	27/01/2025	Qté : 1	Dépense : 808,94 €	RO : 808,94 €	RC : 0,00 €	907,92 €	
	PODO ORTHESE COR	27/01/2025	Qté : 1	Dépense : 49,49 €	RO : 49,49 €	RC : 0,00 €		
	PODO ORTHESE COR	27/01/2025	Qté : 1	Dépense : 49,49 €	RO : 49,49 €	RC : 0,00 €		
Facture n° :	159079932637755 - BLI LEBOLI, né(e) le 04/07/1959						AS	Total :
90471	PODO ORTHESE COR	27/01/2025	Qté : 1	Dépense : 808,94 €	RO : 808,94 €	RC : 0,00 €	808,94 €	

(\*) SNL : Sans Numéro de Lot  
(\*\*) SNF : Sans Numéro de Facture  
(\*\*\*) LNC : Lot Non Connu  
(\*\*\*\*) FNC : Facture Non Connue



**Centre de Santé Épée de Bois**  
 3, Rue de l'Épée de Bois  
 75005 Paris Sème  
 Tél : 01.45.35.85.83  
 Fax : 01.56.81.72.30

**Dr RENAULT-AUCANTE VALERIE**  
 Omnipraticien

N° Finess



750010332

RPPS



10000592609

Le 10.12.2024

**Ordonnance**

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 165-45 du Code de la sécurité sociale.

Patient

Mr Bie, Leboe

Renouvellement

1 paire de chaussures -

avec moulage -

peruche

10000  
 S

Dr Valérie AUCANTE-RENAULT  
 Médecin généraliste  
 RPPS 10 000 592 609

DSP-SDOPS-SAS  
 Centre de Santé  
 3 rue de l'Épée de Bois 75005 PARIS  
 Tél : 01 45 35 85 83 Fax : 01 56 81 72 30  
 FINESS : 75 001 0 392

Renault

**Dr RENAULT-AUCANTE VALERIE**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**amelipro**



Dans le cadre d'une opération technique, les Demandes d'Accord Préalable seront indisponibles le 10/12 entre 9h00 et 17h. Veuillez nous excuser pour la gêne occasionnée.



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!



## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

ACCÉDER À MES SERVICES

### INFORMATIONS

#### PATIENT



NIR : **1590799326377**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : OUI

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf







## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre **date de naissance**,
  - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e)** et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* • Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en **cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

\* **Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).**

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**



joindre la prescription  
sauf si renouvellement

N° 11389\*05

# feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

30/01/2025  
date

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et L'ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom **BLI LEBOL FELIX**  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
numéro d'immatriculation **159079932637755**  
date de naissance **04/07/1959**

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins 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

ADRESSE de L'ASSURE(E)  
**51 RUE DUNOIS, PARIS - 75013**

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

**Pharmacie Podologie Associées**  
Ets Conventioneer - n° 94 26 3116 9  
Centre de Podologie Appliquée  
12 rue Mirabeau - 94230 CACHAN  
Tél: 01 82 01 96 41  
PHARMACIEN REMPLACANT

12 RUE MIRABEAU  
94230 CACHAN

=> 94 2 63116 9 00 1 10 0 67 n°AM

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **RENAULT AUCANTE VALERIE**  
identifiant **750010332**

raison sociale  
n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale **10/12/2024** date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "a")  
et les recommandations importantes)

acté conforme au protocole ALD  action de prévention  autre

accident causé par un tiers : non  oui  date

AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

**Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire** **808.94€**



2620400

## PAYEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

**808.94€**

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

signature de  
l'assuré(e)

impossibilité  
de signer

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).  
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

ORDONNANCE DIZONIS

n° 14486\*01

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

<p><b>Identification du prescripteur</b> (nom, prénom et identifiant)</p> <p><b>Docteur Thais ROUX</b></p> <p>N° RPPS <span style="float: right;">NON ENDD DNAS BMT N</span></p>	<p><b>Identification de la structure</b> (nom, adresse du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</p> <p><b>HOPITAL B:CHAT</b></p> <p>N° FINESS  760100232</p>
--	--

INSNIR : 164019935011235



INS non signé

**Identification du patient**  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur))

**Monsieur ELHAMI Abdelfattah**

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))  
**1640199350112 35**

Ordonnance du 12/11/2024 à 16:07

Né le 01/01/1964  
Âgé de 60 ans  
Poids : 75.9 kg, Taille : 177 cm



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

Merci de confectionner une paire de chaussures sur mesure avec moulage + semelles

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

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Thais ROUX



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

amelipro



**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



**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 : **1640199350112**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**



**SÉCURISEZ VOS**

**CONNEXIONS**

**IDENTIFIANT/MOT DE PASSE**

**UN PROBLÈME, UNE QUESTION?**

**PLUS D'INFORMATIONS**

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 2  
à adresser et à conserver  
au service médical

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom ABDELFATTAH ILHAMI

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

numéro d'immatriculation 164019935011235

date de naissance 01 01 1964

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

2 Rue des Meuniers, 75012 - Paris

● 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 ROUX THIAIS

date de prescription 12 11 2024

identifiant 750100232 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

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

identifiant 942631169 - CONV 1

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 52986900000016

date 29 11 2024

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)

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

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 ABDELFATTAH ILHAMI

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

numéro d'immatriculation 164019935011235

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 01 01 1964

adresse  
2 Rue des Meuniers, 75012 - Paris

● 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 ROUX THIAIS date de prescription 12 11 2024

identifiant 750100232 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)

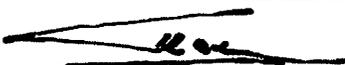
Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.94€  
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€  
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 907.92€ e PRIX DE VENTE 907.92€ e

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 942631169 - CONV 1  
n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 52986900000016

date 29 11 2024 signature 

avis du médecin conseil

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

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne la **personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

**Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

**Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur**, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même (*le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser*).

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
  - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
  - votre **numéro d'immatriculation**,
  - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
    - votre **date de naissance**,
    - le **nom et le prénom de l'assuré(e) auquel** (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).**

**Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.**

- \* Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

### Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

**Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation**, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations, **n'oubliez pas** également d'indiquer votre nouvelle adresse sur la feuille de soins.

\* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

**N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.**



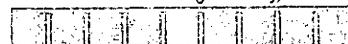
N° 11389\*05

joindre la prescription  
sauf si renouvellement

# feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)



date **30/01/2025** A A A A A

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom **ABDEFATTAH ILHAMI**  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
numéro d'immatriculation **164019935011235**

date de naissance **01/01/1964** A A A A

code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le pharmacien ou  
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins 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

ADRESSE de L'ASSURE(E)  
**2 Rue des Meuniers, Paris - 75012**

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

**PISAR & PHAN DIEN SOEL ASSOCIES**  
Ets Conventionnée - n° 94 26 3116 9  
Centre de Podo-Orthèse Appliquée  
12 Rue Mirabeau - 94230 CACHAN  
Tél: 01 82 01 96 41

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

12 RUE MIRABEAU  
94230 CACHAN

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom  
identifiant

=> **94 2 63116 9 00 1 10 0 67 n°AM**

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **ROUX THIAIS**  
identifiant **750100232**

raison sociale  
n° de la structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale **12/11/2024** date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*\*")  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD  action de prévention  autre

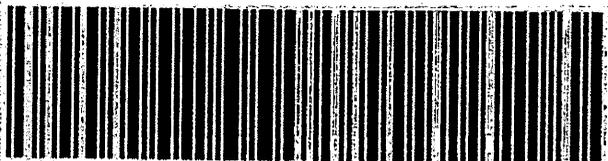
accident causé par un tiers : non  oui  date

AT/MP numéro ou date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire **808.94€**



2620400 2681257

Moulage, quelle que soit la hauteur **49.49€**

Moulage, quelle que soit la hauteur **49.49€**



2681257

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL **907.92€**  
en euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

impossibilité de signer

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

signature de  
l'assuré(e)

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).  
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.