

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 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de réception :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom GINETTE ANTONY

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

numéro d'immatriculation 250041502900715

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 29 04 1950

adresse 12 Rue des Dorées , 41500 - Mer

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 DUCASSE ISABELLE date de prescription 04 12 2024

identifiant 411014582 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 A, la paire LPP 2689974 735.04€
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 834.02€ € PRIX DE VENTE 834.02€ €

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

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 1 6

date 20 12 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :



Identification du prescripteur

Docteur Isabelle DUCASSE  
Angiologue conventionnée  
Secteur 1 - sur RDV  
Mossique Santé  
1, rue du Professeur Philippe Maupas  
41200 La Chaussée Saint Victor  
41 1 101 432  
RPPS 1000 2943288

Mme ANTONY Ginette

né le 29/04/1950  
la date du patient est à coller ici

250041502900715

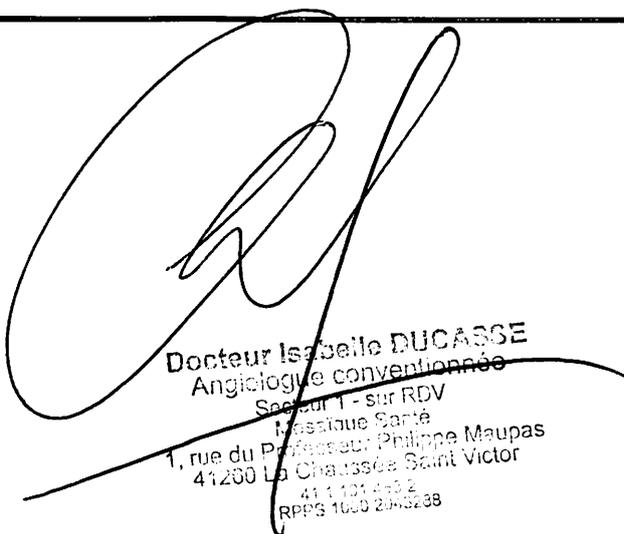
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)

6-12-2024

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures  
avec moules - classe A.

Pour patiente avec déformation irréductible des orteils  
troubles volumétriques.  
Duillons plantaires, cors chroniques  
Oedème important.

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



Docteur Isabelle DUCASSE  
Angiologue conventionnée  
Secteur 1 - sur RDV  
Mossique Santé  
1, rue du Professeur Philippe Maupas  
41200 La Chaussée Saint Victor  
41 1 101 432  
RPPS 1000 2943288



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Pod-  
orthèses  
12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



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

## INFORMATION

S  
PATIENT

NIR : 2500415029007

Régime :  
**Autres régimes  
et mutuelles**

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATIENT