

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 DOMINIQUE PERDOUX

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

numéro d'immatriculation 151104101802513

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 12 10 1951

adresse 143 Rue de la Chapleuserie , 41250 - Mont-près-Chambord

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

nom et prénom DUCASSE ISABELLE date de prescription 11 07 2024

identifiant 411014582 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [] 2ème attribution [X] 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€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ € PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 14 03 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical []

date [] - d'ordre administratif [] - motif :

CABINET DE MEDECINE VASCULAIRE
Artères - Veines - Lymphatiques
Explorations Fonctionnelles Vasculaires

Docteur Isabelle DUCASSE
Angiologue
41 1 01458 2

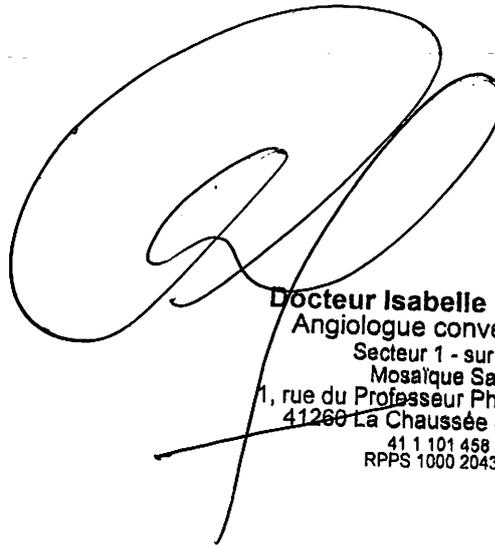
M. PERDOUX Dominique
143 RUE DE LA CHAPLEUSERIE
41250 Mont près Chambord

La Chaussée Saint Victor, le 11/07/2024

M. Dominique PERDOUX

ORDONNANCE

1 paire de chaussures orthopédiques (déformation des orteils et pieds sensibles)



Docteur Isabelle DUCASSE
Angiologue conventionnée
Secteur 1 - sur RDV
Mosaïque Santé
1, rue du Professeur Philippe Maupas
41260 La Chaussée Saint Victor
41 1 101 458 2
RPPS 1000 2043298

Mosaïque Santé - 1 Rue du Professeur Philippe Maupas 41260 La Chaussée St Victor
Tel: 02 54 20 09 09

*Suite à des considérations de protection de l'environnement et avec accord des autorités de santé, nous n'éditions plus les clichés d'examen.
Ils sont sauvegardés et pourront être fournis sur demande*



**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. **X**

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 : **1511041018025**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie Réclamations paiements



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf

PLUS D'INFORMATIONS

ameli

CCAM