

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 SAID AHMED SAID MOHAMED

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

numéro d'immatriculation 1 6 5 0 8 9 9 3 9 7 0 5 0 1 1

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 1 1 0 8 1 9 6 5

adresse 3 RES LA PLEINE 70 RUE JEAN LURCAT 94800 - VILLEJUIF

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 TAZI date de prescription 2 8 0 3 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 1 0 0 0 6 2 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [] 2ème attribution [] appareil provisoire [] renouvellement [X] réparation [] numéro de l'appareil

références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

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

BASE DE REMBOURSEMENT 808.94 € PRIX DE VENTE 808.94 €

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 TEL : 01 82 01 96 41

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

date 0 5 0 4 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical [] - d'ordre administratif [] - motif :

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)

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 SAID AHMED SAID MOHAMED

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

numéro d'immatriculation 1 6 5 0 8 9 9 3 9 7 0 5 0 1 1

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 1 1 0 8 1 9 6 5

adresse 3 RES LA PLEINE 70 RUE JEAN LURCAT 94800 - VILLEJUIF

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 TAZI date de prescription 2 8 0 3 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 1 0 0 0 6 2 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [] 2ème attribution [] appareil provisoire [] renouvellement [X] réparation [] numéro de l'appareil

références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

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

BASE DE REMBOURSEMENT 808.94 € PRIX DE VENTE 808.94 €

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 TEL : 01 82 01 96 41

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

date 0 5 0 4 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical [] - d'ordre administratif [] - motif :

date []

IDENTIFICATION DU PATIENT

PATIENT

NIR : 1650899397050

RATTACHEMENT

Régime : REGIME GENERAL

DROITS

Droits à la date du jour : OUI

Exonération : OUI

MT : OUI

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes régissant les remboursements des soins.

HÔPITAL CORENTIN-CELTON

Boîte Postale 66
4, Parvis Corentin-Celton
92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex

Téléphone : 01.58.00.40.00



**ASSISTANCE
PUBLIQUE**



**HÔPITAUX
DE PARIS**

Date : 28/3/24

Nom et Prénom du patient :

Said Ahmed Said Rahay

LD 30

100%

Age :

**UNITÉ DE CONSULTATIONS
ET MÉDECINE SOCIALE**

Tél. : 01.58.00.40.88

**SERVICE DE RÉADAPTATION
VASCULAIRE**

Tél. : 01.58.00.42.30

Fax : 01 58 00 49 14

Chef de Service
Pr Emmanuel MESSAS
PU-PH



Médecin
Dr Jeanne- Marie BUREAU
PH



Dr : TAZI
Fonction : PH

Tél. :
N° RPPS :

Renouvellement de chaussures
orthopédiques sur mesure

ORTHOPÉDIE

HÔPITAL CORENTIN-CELTON
Service de Rééducation Vasculaire
Dr Omar TAZI
4, Parvis Corentin-Celton BP 66
92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex
Tél. : 01 58 00 42 50 • Fax : 01 58 00 42 80
RPPS : 100149881 • N° FINESS : 920100062

Signature :

