

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

Form for beneficiary details: nom et prénom FLORAND NATHALIE, numéro d'immatriculation 265057504820017, date de naissance 29 05 1965

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 58-60 RUE D HAUTOUL , 75019 - PARIS

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

Form for insured details: nom et prénom, 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 SEVENE Marc, date de prescription 16 09 2024, identifiant 930706239, n° structure

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)

Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.94€

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, raison sociale Phan & Lenoble Associés, adresse Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN, identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1, n° structure 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 04 10 2024, signature

avis du médecin conseil

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



**Identification du prescripteur**  
(nom, prénom et identifiant)

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

**Identification du patient**  
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à corr.)  
*Florand Nathalie*  
n° d'immatriculation (à compléter par l'assu

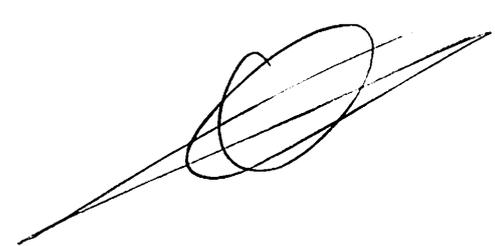
**FLORAND**  
NATHALIE  
ep : **FLORAND**  
F 29/05/1965 (59 ans )  
16/09/2024 8228 8228  
305003063 863148478



**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste...)**  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

*16/09/2024*

*renouvellement des deux autres médicaments*



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

**CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS**  
 (Nom de l'établissement prescripteur)  
**Hôpital CASANOVA**  
 Médecine Physique et Réadaptation  
 Docteur **SEVENE Marc**  
 RPPS 10001132413

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

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

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

DUPLICATA

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

DUPLICATA



 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 : **2650575048200** 

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](#)

## PLUS D'INFORMATIONS



[Le site de l'Assurance Maladie](#)



[Nomenclature des actes](#)