

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **GOUMEZIANE DALILA**

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

numéro d'immatriculation **28607751113805**

date de naissance **23 07 1986**

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 HAUTPOUL , 75019 - 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 **BERRADJA SARA**

date de prescription

09 10 2024

identifiant **750002214** 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€

• 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

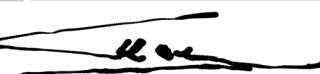
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

raison sociale **Phan & Lenoble Associés**
adresse **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 0 1 6**

date **14 10 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)

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours,
à compter de la date de réception, équivaut à un accord

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **GOUMEZIANE DALILA**

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

numéro d'immatriculation **28607751113805**

date de naissance **23 07 1986**

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 HAUTPOUL , 75019 - 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 **BERRADJA SARA**

date de prescription

09 10 2024

identifiant **750002214** 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€

• 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 **Phan & Lenoble Associés**
adresse **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 0 1 6**

date **14 10 2024**

signature



avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif - motif :

Identification du prescripteur (cachet)

Docteur Sara BERRADJA
Médecin Physique et de Réadaptation
MAS Saint Jean de Malte
56/60 rue d'Hautpoul - 75019 PARIS
Tél. : 01.53.19.21.21 - Fax : 01.53.19.21.13
FINESS : 750002214 - RPPS : 10101624046

N°60-3937

Nom et prénom du patient

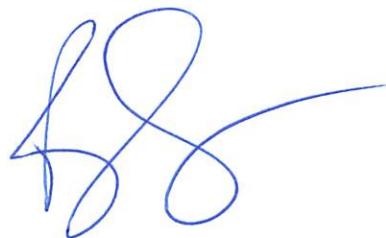
Madame GOUMEZIANE Dalila

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

DATE : 09/10/2024

Chaussures orthopédiques sur mesure

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



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 **X** de difficulté, vous pouvez contacter le 3608.

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 : **2860775111138**



Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)



SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?