

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 RATZMANN LAETITIA

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

numéro d'immatriculation 267106806610534

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 13 10 1967

adresse

FAM 68 RUE DES PLANTES , 75014 - 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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

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

identification du prescripteur

nom et prénom ALBY VIRGINIE

date de prescription 17 12 2024

identifiant 750048738 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)

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 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 24 01 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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



Identification du prescripteur

Docteur Virginie ALBY
FAM Sainte Geneviève
 68 rue des Plantes
 75014 Paris
 Finoss : 75 004 873 8
 RPPS : 10000445485

N°60-3937

N° Kelymann Leche

L'étiquette du patient

est à coller ici

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

Renouvellement de chaussures orthopédiques sur mesure.

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

le 17/12/24

Docteur Virginie ALBY
FAM Sainte Geneviève
 68 rue des Plantes
 75014 Paris
 Finoss : 75 004 873 8
 RPPS : 10000445485



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Paris

Mon numéro : 2 67 10 68 066 105 34
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
RATZMANN Laetitia

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie et à la Complémentaire santé solidaire

Valable du 02/07/2024 au 01/07/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 751 5541	18		
ASSURANCE MALADIE DE PARIS 75948 PARIS CEDEX 19		2 67 10 68 066 105 34	

N°	Organisme complémentaire
1	CPAM DE PARIS 75000 PARIS

Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	N° de sécurité sociale (pour information)	Né(e) le/rang	N° ordre OC	Date début de la complémentaire	Date fin de la complémentaire
RATZMANN Laetitia a déclaré un médecin traitant CSS avec participation financière du 01/04/2024 au 31/03/2025 SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 04/12/2012 AU 08/06/2025 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE	2 67 10 68 066 105 34	13/10/1967 1	1	01/04/2024	31/03/2025

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité sociale.