

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 MARETZ SERGE, numéro d'immatriculation 157037505500722, date de naissance 05031957

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 26 RUE DE MEAUX 60890 - MAREUIL SUR OURCQ

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 RASAMISOA MANASE, date de prescription 28092023, identifiant 770000446, 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, raison sociale Phan & Lenoble Associés, adresse Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN, identifiant 942631169 - CONV 1, n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 52986900000016

date, signature

avis du médecin conseil

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



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. ×

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

INFORMATIONS

PATIENT

NIR : **1570375055007**

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](#)

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

CONVENTIONNE

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

GRAND HOPITAL DE L'EST FRANCILIEN
6-8 RUE SAINT FIACRE
BP 218
77108 MEAUX CEDEX

=> 77 0 00044 6 09 1 10 1 n°AM

(nom de famille (de n

MARETZ
SERGE
NN : MARETZ
JEP : 612390910 05/03/1957 M
H : 1544 M : 1544
IPP : 302358442 LE 15/06/2023
66 ans

compléter par le prescripteur
ré(e)

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

28.05.23

Renouvellement d'une paire de chaussures orthopédiques sur mesure

Dr Manase RASAMISOA
GHEF
Site de MEAUX
Diabétologie Endocrinologie HTA
RPPS 10005157994

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