

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 **SCHOLLAERT CLAUDE**

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

numéro d'immatriculation **1 5 9 1 0 7 5 2 1 4 1 2 0 0 3**

date de naissance **2 2 1 0 1 9 5 9**

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

14 RUE YVAN TOURGUENEFF 78380 - BOUGIVAL

• 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 **BENSAIDI Abdelhalim** date de prescription **2 0 0 6 2 0 2 3**

identifiant **9 2 0 0 0 0 5 7 7** 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)

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 **1 6 0 5 2 0 2 4**

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 **SCHOLLAERT CLAUDE**

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

numéro d'immatriculation **1 5 9 1 0 7 5 2 1 4 1 2 0 0 3**

date de naissance **2 2 1 0 1 9 5 9**

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

14 RUE YVAN TOURGUENEFF 78380 - BOUGIVAL

• 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 **2 0 0 6 2 0 2 3** autre

• identification du prescripteur

nom et prénom **BENSAIDI Abdelhalim**

date de prescription

2 0 0 6 2 0 2 3

identifiant **9 2 0 0 0 0 5 7 7** 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)

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 **1 6 0 5 2 0 2 4**

signature

avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif - motif :
.....

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Identification de la structure

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

(nom de famille (de naissance))

IPP : 000039426456 Sexe : M

Nom naiss.: SCHOLLAERT

Nom: SCHOLLAERT

Prén: CLAUDE

Né(e) le: 22/10/1959

n° d'ins.



H 423004448 UF : 3653

par le prescripteur

20/06/23

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

Renouvellement à la parre de chausse orthopédiques
sur une classe B

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

N° FINESS : 92000577
92000 NANTERRE
403 avenue de la République
Service de Diabétologie-Endocrinologie
Hôpital Max Fourestier

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS

PATIENT



NIR : **1591075214120**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

CONTACTER L'ASSURANCE MALADIE

Mode opératoire



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) |

Accessibilité : non conforme