

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 SIRITHARAN THAVENDRAN, numéro d'immatriculation 197069923501607, date de naissance 17061997

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 1 ROUTE DES GATINES 91370 - VERRIERES LE BUISSON

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 CLEMENT PRADALIER, date de prescription 26062024, identifiant 9111001170, 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-CONV1, n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 52986900000016

date 05072024, signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom SIRITHARAN THAVENDRAN

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

numéro d'immatriculation 1 9 7 0 6 9 9 2 3 5 0 1 6 0 7

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 1 7 0 6 1 9 9 7

adresse 1 ROUTE DES GATINES 91370 - VERRIERES LE BUISSON

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 CLEMENT PRADALIER date de prescription 2 6 0 6 2 0 2 4

identifiant 9 1 1 0 0 1 1 7 0 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 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 0 5 0 7 2 0 2 4 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. ✕

### 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 : **1970699235016**  
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](#)

### NOUS CONTACTER

**3608** Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) | [Accessibilité : non conforme](#)

**Dr Clément PRADALIER**  
Spécialise en Médecine Générale

**MAISON DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLE  
DE VERRIERES LE BUISSON**

**CONSULTATION SUR RENDEZ-VOUS**

SCM MSP DE L'AULNE - 1 BIS VOIE DE L'AULNE 91370  
VERRIERES LE BUISSON  
**Tél: 01.84.74.44.70**

**MAILIZ : clement.pradalier@medecin.mssante.fr**

N° RPPS



N° AM

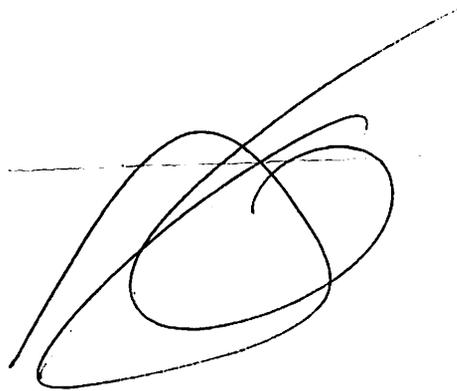


26/06/2024

Monsieur                      Siritharan THAVENDRAN  
Homme  
Né(e) le                      17/06/1997 27 ans

**Ordonnance podologie**

**CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES**



Membre d'une association de gestion agréée, le règlement par chèque est accepté.

**En cas d'urgence, appelez le 15.**