

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 WION JOHNNY

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

numéro d'immatriculation 174109122305982

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 17 10 1974

adresse CENTRE ROBERT LAPLANE , 91150 - ETAMPES

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 TISSARD NATHALIE date de prescription 07 10 2024

identifiant 911090256 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

raison sociale adresse Phan & Lenoble Associés Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1 n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 11 10 2024

signature [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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom WION JOHNNY

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

numéro d'immatriculation 174109122305982

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 17 10 1974

adresse CENTRE ROBERT LAPLANE , 91150 - ETAMPES

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 TISSARD NATHALIE date de prescription 07 10 2024

identifiant 911090256 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 n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 11 10 2024 signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical - d'ordre administratif motif

**Dr NATHALIE TISSARD**

MEDECIN GENERALISTE

6 RUE VAN LOO

91150 ETAMPES

Tél : 0164945418

Email : titi.doc@free.fr

N° AM : 91109025



N° RPPS : 10000882257



**M WION Johnny**

Chambre : 5

Secteur : AMAZONIA

**CENTRE ROBERT LAPLANE**

91150 ETAMPES

Date de naissance : 17/10/1974 (49 ans)

N° sécurité sociale : 1 74 10 91 223 059 82

INS : 174109122305982(NIR)

Nom de naissance : WION

1er prénom de naissance : JOHNNY

Sexe : M (Masculin)

Poids : 46.9 kg le 06/10/2024 (IMC : 24.99)

Clairance créatinine : 107.8 mL/min (Cockcroft and Gault) (Poids : 46.9Kg le 06/10/2024, Créatininémie : 5.5 mg/l le 03/12/2019)

Page : 1

lundi 07 octobre 2024

**Allergie(s) : Pénicillines**

Prescription(s) relative(s) au traitement de l'affection de longue durée reconnue - (AFFECTION EXONERANTE)

Renouvellement d'une paire de chaussures orthopédiques sur mesure .

Prescription(s) SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée - (AFFECTION INTERCURRENTE)

Nombre de produit(s) : 0



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**amelipro**

SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Podo-orthèses  
12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



 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 : **1741091223059**



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?**

**PLUS D'INFORMATIONS**