

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 accordVOLET 1
à adresser au service médical
et destiné au service administratif

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom GEORGES AUDREN

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

numéro d'immatriculation 150017502406937

date de naissance 12 01 1950

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

18 Chemin de la Mare au Chanvre EHPAD LA FORET DE SEQUINY, 91700 - Sainte-

Geneviève-des-Bois

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

date de prescription

13 09 2024

identifiant 911707511

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€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€● appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 907.92€ €

PRIX DE VENTE 907.92€ €

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 08 11 2024

signature



avis du médecin conseil

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

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

demande d'accord préalable
pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 2

à adresser et à conserver
au service médicalle 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 GEORGES AUDREN

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

numéro d'immatriculation 150017502406937

date de naissance 12 01 1950

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

18 Chemin de la Mare au Chanvre EHPAD LA FORET DE SEQUINY, 91700 - Sainte-

Geneviève-des-Bois

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

date de prescription

13 09 2024

identifiant 911707511

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€

Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€

Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€

• appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)

(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 907.92€ €

PRIX DE VENTE 907.92€ €

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 08 11 2024

signature



avis du médecin conseil

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

- motif :

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



N° 60-3937

DR MERBAI Tarik
34 - Gériatrie
38 Avenue Jules Valles Hop Privé D Athis Mons
91200 ATHIS MONS

Conventionné

911707511

00	1	11	1
CAB	CONV	ZISD	IK

l'étiquette du patient
est à coller ici

George

M. AUDREN

Le 13/09/24

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

- chaussures orthopédiques pour marche

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

Docteur Tarik MERBAI
Médecin

RPPS 10005165626
FINES 911 707 511
38 Av. Jules Valles / 91200 ATHIS-MONS
Tél. : 01 69 54 45 45 - Fax : 01 69 38 84 87





**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

Mon numéro: 1 60 01 75 024 069 37

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

AUDREN Georges

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 15/01/2024 au 14/01/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Catégorie professionnelle	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tout les démarches à l'Assurance Maladie)	Montant du forfait modérateur
01 811 1021	11	1 60 01 75 024 069 37	
Bénéficiaire(s) Nom et Prénom(s) du bénéficiaire (sans adresse)	N° de sécurité sociale du bénéficiaire (sans adresse)		(Date) (Année)
AUDREN Georges a déclaré un médecin traitant	1 60 01 75 024 069 37	12/01/1950	1
INVALIDITE : 100% A COMPTER DU 01/02/2010 SAUF PHARMACIE 30% (PH4) ET PHARMACIE 15% (PH2)			

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 possible l'amende et/ou l'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.