



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 NASSIMA IBOUADILENE

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

numéro d'immatriculation 271049935253778

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 11 04 1971

adresse 44 Rue Pierre Brossolette, 91130 - Ris-Orangis

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 DOUBLET LAURENCE date de prescription 05 09 2024

identifiant 911109585 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

date - 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 : 2710499352537 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

Autres bénéficiaires

Sélectionner ▼

CHANGER DE PATIENT



SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

PLUS D'INFORMATIONS

# Ordonnance bizonne

n° 14465\*01

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)*

**DOCTEUR DOUBLET LAURENCE**  
SCM LAENNEC  
01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

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

**34 RUE PIERRE BROSSOLETTE**

**91130 RIS ORANGIS**

⇒ **91 1 10958 5 00 1 11 1 01 n°AM**

**Identification du patient**  
*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur))*

*Therodère Noémie*

*n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))*

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

*5/1/2021*

*1 paire de chaussures orthopédiques  
sur mesure.*



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

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 313-1-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).