

# 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 :

\_\_\_\_\_

## personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

### ● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **BOURZAT ANNE MARIE**

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

numéro d'immatriculation **242101916300365**

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 **02 10 1942**

adresse  
**EHPAD LA FORET DE SEQUINY 18 Rue de la Mare au Chanvre , 91700 - STE**

### ● GENEVIEVE 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 **MERBAI TARIK**

date de prescription **29 01 2025**

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€**

### ● 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**

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) **5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6**

date **31 01 2025**

signature



## avis du médecin conseil

accord  refus  - d'ordre médical

date \_\_\_\_\_ - d'ordre administratif  - motif : \_\_\_\_\_





n° 14465\*01

# Ordonnance

Articles L. 321-3, 3° et 4°, L. 32-1 et R. 31-1 du Code de la sécurité sociale.

<p>Identification du prescripteur <i>(nom, prénom et identifiant)</i></p> <p><b>DOCTEUR MERBAI TARIK</b> SELAS MERBAI 34 GERIATRIE</p> <p style="text-align: center;">CONVENTIONNE</p>	<p>Identification de la structure <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)</i></p> <p><b>38 AVENUE DE JULES VALLES</b> <b>HOP PRIVE D'ATHIS MONS</b></p> <p><b>91200 ATHIS MONS</b></p> <p>=&gt; <b>91 1 70751 1 00 1 11 1 34 n°AM</b></p>
--	--

*ef me Bourzat Mme Droue*  
*née le 2.10.42*

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)*

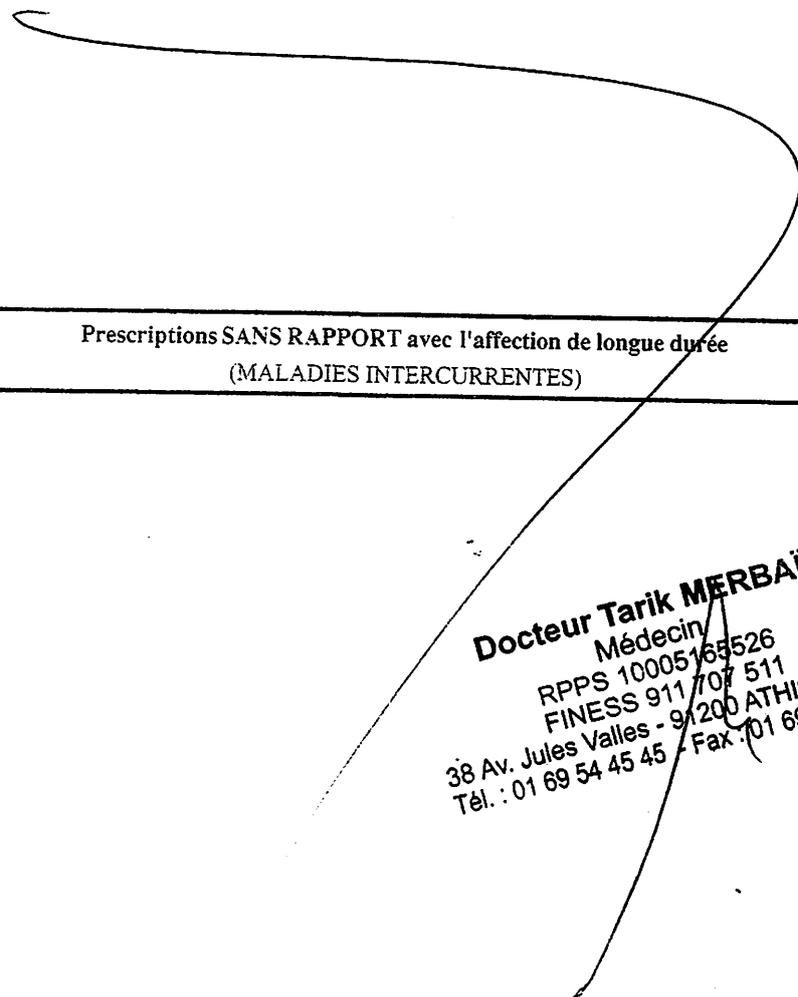
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

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

*le 23.01.25*

*- chaussures orthopédiques*

*1 paire*



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

**Docteur Tarik MERBAI**  
Médecin  
RPPS 10005165526  
FINESS 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

amelipro



-



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 : **2421019163003** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

[CHANGER DE PATIE](#)

## UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Rédiger des informations paiements](#)