

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 **JEAN CLAUDE MONIER**

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

numéro d'immatriculation **159107507633548**

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 **12 10 1959**

adresse
3 Res St Eloi Rue Delacroix , 91380 - Chilly-Mazarin

● 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 **QUEDEVILLE FABIEN** date de prescription **09 01 2025**

identifiant **911118354** 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

<p>nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES 67 PODO-ORTHESE CONVENTIONNE 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN</p> <p>identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1</p>	<p>raison sociale adresse Phan & Lenoble Associés Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN</p> <p>n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6</p>
---	--

date **31 01 2025** signature

avis du médecin conseil

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

date



**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 : **1591075076335**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie [Reclamations paiements](#)



**SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS**

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Dr. Fabien QUEDEVILLE
Généraliste

Médecine générale

Consultations sur rendez-vous

34 rue François Mouthon
91380 CHILLY-MAZARIN
Tél. : 01 64 48 13 68
Fax : 09 70 62 98 80

Prise de rendez vous possible sur
www.rendezvousfacile.com

Pour les vistes à domicile justifiées, appeler
avant 9 heures

fabien.quedeville@medecin.mssante.fr
dr.fquedeville@wanadoo.fr
911118354
RPPS : 10003750584

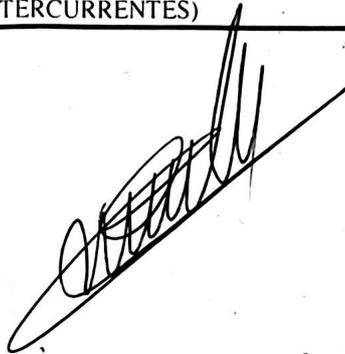
Monsieur JEAN CLAUDE MONIER

Chilly-Mazarin, le 09/01/2025

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

1 paire de chaussure thérapeutique

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



N° RPPS
10003750584

N° AM
911118354

En dehors des heures d'ouverture, nuits, week-end et jours fériés composer le 01 64 46 91 91
Membre d'une association de gestion, le règlement des honoraires par chèque est accepté.