

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **KHILAD FARID**

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

numéro d'immatriculation **177039110303552**

date de naissance **16 03 1977**

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

40 RUE DES PRES SAINT MARTIN , 91600 - SAVIGNY SUR ORGE

• 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 **03 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**

raison sociale **Phan & Lenoble Associés**
adresse **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 0 1 6**

date **03 02 2025**

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **KHILAD FARID**

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

numéro d'immatriculation **177039110303552**

date de naissance **16 03 1977**

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

40 RUE DES PRES SAINT MARTIN , 91600 - SAVIGNY SUR ORGE

• 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

03 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**

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

date

03 02 2025

signature



avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

date

- 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 KHILAD Farid

Chambre : 21

Secteur : ROSERAIE

CENTRE ROBERT LAPLANE

91150 ETAMPES

Date de naissance : 16/03/1977 (47 ans)

N° sécurité sociale : 1 77 03 91 103 035 52

INS : 177039110303552(NIR)

Nom de naissance : KHILAD

1er prénom de naissance : FARID

Sexe : M (Masculin)

Poids : 43.8 kg le 01/10/2024 (IMC : 22.35)

Clairance créatinine : 18.2 mL/min (Cockcroft and Gault) (Poids : 43.8Kg le 01/10/2024, Créatininémie : 31 mg/l le 18/02/2020)

Page : 1

jeudi 03 octobre 2024

Allergie(s) : Eosine

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

Renouvellement d'une paire de chaussures orthopédiques

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

Nombre de produit(s) : 0

i 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. **X**

ACTIVITÉS

[Mes services paiements](#)

[Commande d'imprimés](#)

SERVICES PATIENTS

i 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

INFORMATION

**S
PATIENT**

NIR : **1770391103035**

Régime :
**REGIME
GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**
Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATI