

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 :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom SCANDELLA LYDIA

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

numéro d'immatriculation 2 5 5 0 1 8 8 3 2 1 0 3 5 2 1

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 2 1 0 1 1 9 5 5

adresse

20 RUE ST MARTIN 52240 - MAISONCELLES

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

nom et prénom PIERRON date de prescription 1 1 0 4 2 0 2 4

identifiant 9 4 1 1 0 3 7 2 1 0 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [] 2ème attribution [X] appareil provisoire [] renouvellement [] réparation [] numéro de l'appareil

références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

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 TEL : 01 82 01 96 41

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 2 9 0 5 2 0 2 4

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.



MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

INFORMATIONS

PATIENT 

NIR : **2550188321035**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS CONTACTER

3608 [Service gratuit + prix appel](#)

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) |

[Accessibilité : non conforme](#)



Ordonnance bizona

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 SERGE PIERRON

01 .

CONVENTIONNE

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

10 T AVENUE GAMBETTA

94600 CHOISY LE ROI
TÉL 0148530383

=> **94 1 03721 0 00 1 11 0 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))

Stardella Lydie

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)

1 pain de chaux ou alopecie

le 11/06/2024 

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