

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 ESTIVAUX PATRICK

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

numéro d'immatriculation 164057507310345

date de naissance 14 05 1964

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 CHEZ MME BAUDRY 11 RUE CREI-OVA , 92000 - NANTERRE

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 ANDRIANERA Nalisson

date de prescription 20 08 2024

identifiant 920000577 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)

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 23 08 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical []

date [] - d'ordre administratif [] - motif :

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

ANDRIANERA Nalissa .

CONVENTIONNE

Identification de la structure

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

HOPITAL MAX FOURESTIER

403 AV DE LA REPUBLIQUE

92014 NANTERRE CEDEX

=> 92 0 00057 7 1 11 0 n°AM

(nom de famille (de

IPP : 000044812380 Sexe : M

Nom nais : ESTIVAUX

Nom: ESTIVAUX

Prén: PATRICK

Né(e) le: 14/05/1964

compléter par le prescripteur)

uré(e))



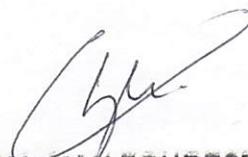
J 424005502 UF : 3656

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

(AFFECTION EXONÉRANTE)

20-8-24

- Une paire de chaussures orthopédiques
en cuir, classe B
pour retour diabétique


 HÔPITAL MAX FOURESTIER

Chef de Service Docteur Karim LACHGAR

Service de Diabétologie-Endocrinologie

403 avenue de la République

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

92000 NANTERRE

Fax : 01.47.69.63.91

N° Finess : 92000577



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

amelipro

SARL PHAN LENOBLE
ASSOCIES
Fournisseur de biens
médicaux Podo-orthèses
12 R MIRABEAU
94230 CACHAN



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.



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

INFORMATIONS PATIENT **?**

NIR : **1640575073103**

Régime : **REGIME
GENERAL**

Droits à la date du
jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT



**SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS**

IDENTIFIANT/MOT DE

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

PLUS D'INFORMATIONS