

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 date of reception

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom DOMINGAS MOREIRA FERNANDES

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

numéro d'immatriculation 239049939601770

date de naissance 13 04 1939

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 55 Rue Georges Boisseau, 92110 - Clichy

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 ROUX THIAIS

date de prescription 14 11 2024

identifiant 750100232

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [X] 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€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€

appareil atypique [] (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 907.92€ €

PRIX DE VENTE 907.92€ €

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 29 11 2024

signature [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.



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 : **2390499396017** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATIENT



**SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS**

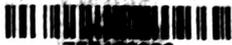
IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

PLUS D'INFORMATIONS

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 322-9 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant) Docteur Thais ROUX N° RPPS BCH C-ENDOCRINO	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement et l'AM, FINESS ou SIPRET) BCH C-ENDOCRINO-011X678 N° FINESS  758100232
---	---

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) Madame MOREIRA FERNANDES Domingas N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e)) 2 3 9 0 4 9 9 3 9 6 0 1 7 7 0	Ordonnance du 14/11/2024 à 10:33 Née le 13/04/1939 Agée de 85 ans
--	---

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

Merci de confectionner 01 paire de Chaussures orthopédiques sur mesure avec moulage
+ semelles

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

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Thais ROUX

Identification du patient
Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)
Prénom(s)
N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))
Date de naissance (à compléter par l'assuré(e))
Sexe (à compléter par l'assuré(e))
Date de l'ordonnance
Heure de l'ordonnance