

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 accordVOLET 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 RACHID SETOUANE

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

numéro d'immatriculation 1620175024005

date de naissance 01 01 1962

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

SDS CHAPSA / 403 Avenue de la République , 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 ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☒ non ☐accident du travail ou maladie professionnelle ☐ date autre ☐

• identification du prescripteur

nom et prénom BOUALI Houda

date de prescription 19 11 2024

identifiant 920000577

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€
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 06 12 2024

signature



avis du médecin conseil

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

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

demande d'accord préalable
pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 2

à adresser et à conserver
au service médicalle défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours,
à compter de la date de réception, équivaut à un accord

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom RACHID SETOUANE

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

numéro d'immatriculation 1620175024005

date de naissance 01 01 1962

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

SDS CHAPSA / 403 Avenue de la République , 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 ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☒ non ☐accident du travail ou maladie professionnelle ☐ date autre ☐

• identification du prescripteur

nom et prénom BOUALI Houda

date de prescription 19 11 2024

identifiant 920000577

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€
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 06 12 2024

signature

avis du médecin conseil

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

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant) <i>Pr Bouali</i> HÔPITAL MAX FOURESTIER Chef de Service Docteur Karim LACHGAR Service de Diabétologie-Endocrinologie 403 avenue de la République 92000 NANTERRE Fax : 01.47.69.63.91 N° Finess : 920000008410 (nom de famille (de r)) IPP : 000000008410 Sexe : M Nom nais.: SETOUANE Nom: SETOUANE Prén: RACHID Né(e) le: 01/01/1962 J 424006157 UF : 3656	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 (compléter par le prescripteur) é(e))
--	---

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

13/11/2024

*Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure,
 et sur moules par patient diabétique avec amputation.*

HÔPITAL MAX FOURESTIER
 Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
 Service de Diabétologie-Endocrinologie
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE
 Fax : 01.47.69.63.91
 N° Finess : 920000008410

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



 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.

 Une nouvelle rubrique « Une demande ? » est disponible, regroupant l'ensemble des téléservices qui vous permettent de nous contacter. De plus, un nouveau service « Réclamations paiements » est ajouté dans cette rubrique si votre question concerne un paiement pour un dossier relatif à un patient du Régime général. 

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

INFORMATIONS PATIENT

NIR
: **1620175024005**

Régime :
**REGIME
GENERAL**

MT : **NON**

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

CHANGER DE PAT