

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 Lavenu Robert

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

numéro d'immatriculation 156057635124972

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 31 05 1956

adresse 102 avenue George Clemenceau , 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 MOUNZER Ahmad date de prescription 19 01 2024

identifiant 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 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

Nanterre, le 19/01/2024

Identification du prescripteur

Dr Ahmad Mounzer

N° AM : 921716429 N° RPPS : 10100654929

Identification de la structure

Centre médical Craiova
275 Avenue Georges Clemenceau
92000 Nanterre

Identification du patient

M. LAVENU Robert, né(e) LAVENU Robert, né(e) le 31/05/1956

N° d'immatriculation : 156057635124972

**Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)****CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES -1 PAIRE****BAS DE CONTENTION ELASTIQUE - 2 PAIRES****Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)**

Signé via Doctolib le 19/01/2024

Ahmad Mounzer





**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

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



 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 : **1560576351249**

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PAT