

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom MOHAMED CHAKOURI

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

numéro d'immatriculation 158059935251428

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

adresse 14 Rue du Général Leclerc , 92270 - Bois-Colombes

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 17 12 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 20 12 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :

Docteur Karim LACHGAR
 Identification du prescripteur
 (nom, prénom et identifiant)
 Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie
 Hôpital Max Fourestier
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE

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

N° RPPS : 100001353126

N° FINESS : 920000577

IPP : 000033740337 Sexe : M

Nom nais. : CHAKOURI

Nom : CHAKOURI

Prén : MOHAMED

Né(e) le : 21/05/1958

(nom de famille (de naissance

n° d'i



H 424008259

UF : 3653

Signature par le prescripteur

17.12.24

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

Une paire de chaussures orthopédiques
 en cuir marquées XL

Diabétique, définitivement atteints irréversibles
 mal perfusé plantaire

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

Docteur Karim LACHGAR
 Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie
 Hôpital Max Fourestier
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE

N° RPPS : 100001353126

N° FINESS : 920000577



**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.



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

INFORMATION

**S
PATIENT**

NIR : **1580599352514**

Régime :
**REGIME
GENERAL**

MT : **OUI**

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

Autres bénéficiaires

Sélectic ▼

CHANGER DE PATIENT