

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **FANCELLI Patricia**

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

numéro d'immatriculation **2 5 4 0 8 7 8 4 1 9 0 4 3 2 6**

date de naissance **2 2 0 8 1 9 5 4**

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

2 RUE ORADOUR SUR GLANE 93230 - ROMAINVILLE

• 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 **SCEMAMA Patrick**

date de prescription

0 2 0 7 2 0 2 4

identifiant **9 3 1 0 3 6 1 2 3** | 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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

• 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
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) **5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6**

date **1 9 0 7 2 0 2 4**

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)

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours,
à compter de la date de réception, équivaut à un accord

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **FANCELLI Patricia**

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

numéro d'immatriculation **2 5 4 0 8 7 8 4 1 9 0 4 3 2 6**date de naissance **2 2 0 8 1 9 5 4**

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

2 RUE ORADOUR SUR GLANE 93230 - ROMAINVILLE

• 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 **SCEMAMA Patrick**

date de prescription

0 2 0 7 2 0 2 4identifiant **9 3 1 0 3 6 1 2 3** | 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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

• 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
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) **5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6**date **1 9 0 7 2 0 2 4**signature 

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical date **| | | | |**- d'ordre administratif - motif :
.....

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. **X**

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 : **2540878419043**

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?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° ét 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Docteur PATRICK SCEMAMA

01

conventionné

Identification de la structure

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

22 R J JAURES

93230 ROMAINVILLE

=> 93 1 03612 3 00 1 11 1 01 n°AM

Identification du patient

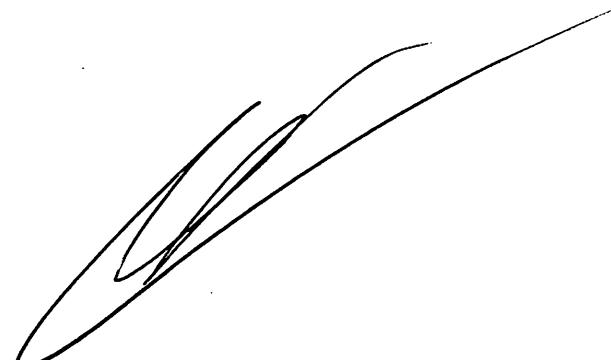
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (adulte et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur))

n° d'immatriculation (à compléter par l'adulte)

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

(AFFECTION EXONÉRANTE)

Alain de chavours
orthopédiste d'appartement (renaudien)



Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

