

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 HACENE MOHAMMED

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

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

date de naissance 1 6 0 5 1 9 6 2

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

26 RUE HUSSENET 93110 - ROSNY SOUS BOIS

• 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 HASSAN SARAH

date de prescription

0 7 0 2 2 0 2 4

identifiant 9 3 1 0 0 7 9 1 8 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 6 0 5 2 0 2 4

signature



avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif - motif :

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 HACENE MOHAMMED

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

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

date de naissance 1 6 0 5 1 9 6 2

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

26 RUE HUSSENET 93110 - ROSNY SOUS BOIS

• 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 HASSAN SARAH

date de prescription

0 7 0 2 2 0 2 4

identifiant 9 3 1 0 0 7 9 1 8 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 SARC 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 6 0 5 2 0 2 4

signature



avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date _____

- d'ordre administratif - motif :

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS

PATIENT



NIR : **1620599352397**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

CONTACTER L'ASSURANCE MALADIE

Mode opératoire



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) |

Accessibilité : non conforme

CABINET MÉDICAL DU DÔME DE ROSNY

Docteur Sarah HASSAN

MÉDECINE GÉNÉRALE

Consultations sur rendez-vous

13, Mail du Centre Ville
Résidence du "Dôme de Rosny" "
93110 ROSNY-SOUS-BOIS
Tél. 01 48 94 28 54

le 07/02/2014

Arès

Mme Hocessi Nadeem

Mme Hocessi de Claveeee

orthopédiste

Préle Léa



1H023617680100

En cas d'urgence, la nuit, le week-end et les jours fériés, veuillez composer le 15.
Membre d'une AGA, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

N° RPPS

10100560282

N° AM

931007918

