

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

Form for beneficiary details: nom et prénom THEVAMANO HARAN KANDIAH, numéro d'immatriculation 151069923507568, date de naissance 16 06 1951

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 BTE 4 / 5 ALLEE FREDERIC LADRETTE , 93390 - CLICHY SOUS BOIS

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

Form for insured details: nom et prénom, numéro d'immatriculation

partie à compléter par le fournisseur

conditions de prise en charge de l'appareillage

maladie [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

nom et prénom SEHANINE SAFA, date de prescription 30 09 2024, identifiant 931108922, n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [], 2ème attribution [], appareil provisoire [], renouvellement [X], 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, raison sociale Phan & Lenoble Associés, adresse Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN, identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1, n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 06 12 2024, signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [], refus [] - d'ordre médical [], - 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)

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 THEVAMANO HARAN KANDIAH

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

numéro d'immatriculation 151069923507568

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 16 06 1951

adresse

BTE 4 / 5 ALLEE FREDERIC LADRETTE , 93390 - CLICHY 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 SEHANINE SAFA

date de prescription 30 09 2024

identifiant 931108922

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 date - d'ordre administratif - motif :



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



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.

i 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

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**

INFORMATIONS **?** PATIENT

NIR : **1510699235075**

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI

Ordonnance bizone

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

Identification du prescripteur
 (nom de famille de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)
 n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

DR SEHANNINE Safa
 01 - Médecine Générale
 4 allée Victor Hugo
 93390 CUCUY SOUS BOIS Conventionné
 931108322
 09 CAB
 CONV
 ZSO
 1 IK

Identification de la structure
 (nom de famille de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)
 n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

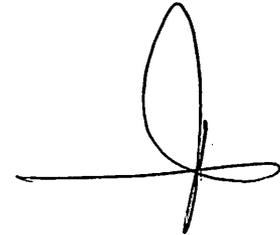
DR SEHANNINE Safa
 01 - Médecine Générale
 4 allée Victor Hugo
 93390 CUCUY SOUS BOIS Conventionné
 931108322
 09 CAB
 CONV
 ZSO
 1 IK

Identification du patient
 (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)
 n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

M^r Theramonehem Kadiou
 30/3/24

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

Ordonnance de chaussures ortho pédi en mesure
 pour pieds diabétiques.



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