

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 **ALEXANDRE KARATAY**

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

numéro d'immatriculation **153019920862355**

date de naissance **06 01 1953**

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
250 Allée de Montfermeil , 93220 - Gagny

• 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 **BARBIER FELIX**

date de prescription

23 01 2025

identifiant **930021480** 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 A, la paire LPP 2689974 735.04€

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 **834.02€**

PRIX DE VENTE **834.02€** €

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

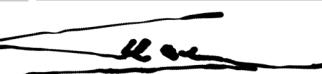
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

raison sociale **Phan & Lenoble Associés**
adresse **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 0 1 6**

date **31 01 2025**

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 **ALEXANDRE KARATAY**

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

numéro d'immatriculation **153019920862355**

date de naissance **06 01 1953**

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
250 Allée de Montfermeil , 93220 - Gagny

• 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 **BARBIER FELIX**

date de prescription

23 01 2025

identifiant **930021480** 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 A, la paire LPP 2689974 735.04€

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 **834.02€**

PRIX DE VENTE **834.02€** €

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 **Phan & Lenoble Associés**
adresse **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 0 1 6**

date **31 01 2025**

signature



avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

date

<p>CONVENTIONNE GHI Le RAINCY- MONTFERMEIL 10 rue du Général Leclerc 93370 MONTFERMEIL</p> <p>=> 93 002 148 0 1 0 0 TAR CONV. ZISD IK SPEC</p> <p></p>	<p>Monsieur KARATAY Alexandre Né le 06/01/1953 Age : 72 ans Poids : kg Taille : cm</p>	<p>Groupe Hospitalier Intercommunal Le Raincy-Montfermeil</p> 
--	--	---

Le 23/01/2025,

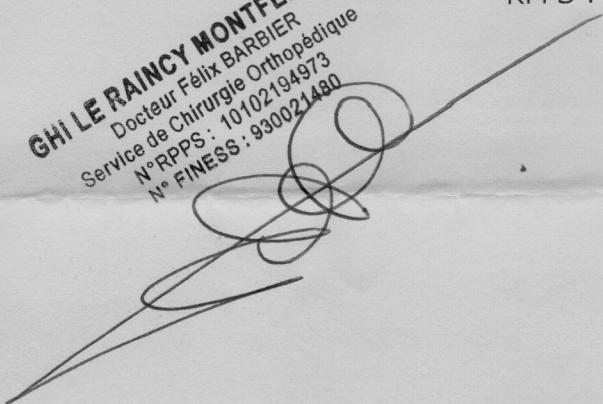
Faire confectionner une paire de chaussure orthopédique sur mesure avec moulage pour le pied G et D.

PCr en orthèse.

Prescripteur : BARBIER Félix

GHI LE RAINCY MONTFERMEIL
Docteur Félix BARBIER
Service de Chirurgie Orthopédique
N°RPPS : 10102194973
N° FINES : 930021480

RPPS :





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.

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 **1530199208623** 
:

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI

UNE DEMANDE ?

Contacter l'Assurance Réddirections paiements



SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE



PLUS D'INFORMATIONS



Le site de l'Assurance Maladie



Nomenclature des actes

3608 Service gratuit + prix appel

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

Accessibilité : non conforme