

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

nom et prénom RATHANA SRON

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

numéro d'immatriculation 290099923406736

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 13 09 1990

adresse 2 Allee Andrea , 93140 - Bondy

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 GUILLON PASCAL date de prescription 13 02 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 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 21 02 2025

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

2900999 234 067 36

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y

NHAN SON

a lieu du nom d'usage)

PRÉNOM

KATHANA

S'agit-il d'un accident ?

OUI DATE

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM DE NAISSANCE

Prénom

Date de naissance

Lien avec l'assuré(e)

Conjoint

Enfant

Autre membre de la famille

Personne vivant mari- talement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins (dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je, soussigné, certifie que le patient désigné ci-dessus, présente :

Instabilité de la cheville et douleur suite multiple entorse du pied droit

Identification du prescripteur

Docteur Pascal GUILLON

Chef de service

Consultation

Chirurgie Orthopédique

RPPS 10001404382 - FINESS 93 0 02148 0

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le

13/02/2025

Toutvenant

Signature du prescripteur

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

290099923406736

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

NHAN SRON

PRÉNOM

RATHANA

● S'agit-il d'un accident ? OUI DATE

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

● NOM DE NAISSANCE

● Prénom

Date de naissance

● Lien avec l'assuré(e) Conjoint Enfant Autre membre de la famille Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins (dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

■ TYPE D'APPAREIL

	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	TRONC
PROTHÈSE			
ORTHÈSE			

<input type="checkbox"/>	PROTHÈSE OCULAIRE
<input checked="" type="checkbox"/>	CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES
<input type="checkbox"/>	APPAREIL ATYPIQUE SUR DEVIS

■ NATURE DE L'APPAREIL définitif provisoire renouvellement réparation

■ DESCRIPTIF PRÉCIS DE LA FOURNITURE (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

une paire de chaussure orthopédique sur mesure sur moulages

■ PARTICULARITÉS : prescription en rapport avec :

AT/MP DATE

ALD

ART. 115

AUTRE

Identification du prescripteur

Docteur Pascal GUILLON

Chef de service

Consultation

Chirurgie Orthopédique

RPPS 10001404382 - FINESS 93 0 02148 0

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le

à

13/02/2025
Montfermeil

Signature du prescripteur





SARL PHAN LENOBLE
ASSOCIES
Fournisseur de biens
médicaux Pod-
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 : **2900999234067**

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI