cerfa

n° 11164*04

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 :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

- **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom NGUYEN MARIE

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

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

date de naissance 2 0 1 2 1 9 5 1

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
8 RUE DUCTEUR TENINE 94250 - GENTILLY

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

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

- **identification du prescripteur**

nom et prénom ROBERT CAMILLE date de prescription 1 8 1 2 2 0 2 4

identifiant 9 4 0 0 2 0 2 1 7 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)**

LPP 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire

- **appareil atypique** [ ] *(joindre le devis détaillé)*
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 757.09 **€** **PRIX DE VENTE** 757.09 **€**

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 94263116 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 0 0 1 2 0 2 5 signature

avis du médecin conseil

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

- d'ordre administratif [ ] - motif : .....

date .....

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale). La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 3604d

cerfa

n° 11164*04

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 2
à adresser et à conserver au service médical

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

- **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom NGUYEN MARIE

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

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

date de naissance 2 0 1 2 1 9 5 1

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
8 RUE DUCTEUR TENINE 94250 - GENTILLY

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

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

- **identification du prescripteur**

nom et prénom ROBERT CAMILLE date de prescription 1 8 1 2 2 0 2 4

identifiant 9 4 0 0 2 0 2 1 7 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)**

LPP 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire

- **appareil atypique** [ ] *(joindre le devis détaillé)*
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 757.09 **€** **PRIX DE VENTE** 757.09 **€**

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 94263116 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 0 0 1 2 0 2 5 signature

avis du médecin conseil

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

- d'ordre administratif [ ] - motif : .....

date .....

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale). La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 3604d

Liberté – Égalité – Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DÉPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE
- Mairie de Gentilly –

Centre Municipal de Santé
FINESS : 940 020 217
6 rue du Dr Tenine
94250 Gentilly
Tel : 01 47 40 58 59
Fax. : 01 47 40 58 44

Docteur ROBERT CAMILLE
Médecine Générale

le 18/12/2024

Madame NGUYEN Marie

CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES SUR MESURE

N° FINESS
940020217

En cas d'urgence composer le 15

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

amelipro

-

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

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 : **2511299243549**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATIE

UNE DEMANDE ?

Contacter l'Assurance Maladie

Réclamations paiements