

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 **DJAMEL FETHAZZAR**

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

numéro d'immatriculation **157099390009692**

date de naissance **01 09 1957**

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
15 Cité des Irlandais , 94110 - Arcueil

• 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 **WAMEN NGATCHOU SANDRINE** date de prescription **19 03 2025**

identifiant **940010028** 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 757.09€

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 **856.07€**

PRIX DE VENTE **856.07€** €

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

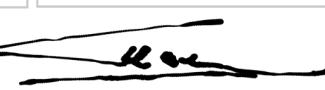
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

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 **17 04 2025**

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 **DJAMEL FETHAZZAR**

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

numéro d'immatriculation **157099390009692**

date de naissance **01 09 1957**

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
15 Cité des Irlandais , 94110 - Arcueil

• 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 **WAMEN NGATCHOU SANDRINE**

date de prescription

19 03 2025

identifiant **940010028**

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 757.09€

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 **856.07€**

PRIX DE VENTE **856.07€** €

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

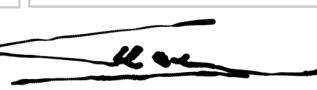
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

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 **17 04 2025**

signature



avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

date

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



CMS Marcel Trigon
13, Avenue du Chaperon Vert - 94110 Arcueil
Tél : 01-46-15-08-09 – Fax : 01-46-15-08-18

Docteur WAMEN NGATCHOU SANDRINE
Rhumatologie

N° RPPS



10004022496

le 19/03/2025

Monsieur FETHAZZAR Djamel

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue
(AFFECTION EXONERANTE)

UNE PAIRE DE CHAUSSURES THERAPEUTIQUE

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

Docteur Sandrine WAMEN
Rhumatologue
10 004 022 496
C.M.S Marcel Trigon
13 av. du Chaperon Vert - 94110 ARCEUIL
Finess : 940010028

N° FINESS



940010028

En cas d'urgence composer le 15

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 : **1570993900096** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

Autres bénéficiaires

Sélectionné ▾

CHANGER DE PATIENT

UNE DEMANDE ?

Contacter l'Assurance Maladie Réclamations paiements



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE

