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 NOURAH REZAH

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

numéro d'immatriculation 1 7 3 0 4 9 9 3 3 3 0 8 5 8 2

date de naissance 0 3 0 4 1 9 7 3

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
1 RUE D ENGHIEN 95410 - GROSLAY

- **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 TAZI OMAR date de prescription 2 0 0 6 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 1 0 0 0 6 2 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 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

- **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 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 2 7 0 6 2 0 2 4 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 NOURAH REZAH

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

numéro d'immatriculation 1 7 3 0 4 9 9 3 3 3 0 8 5 8 2

date de naissance 0 3 0 4 1 9 7 3

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
1 RUE D ENGHIEN 95410 - GROSLAY

- **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 TAZI OMAR date de prescription 2 0 0 6 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 1 0 0 0 6 2 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 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

- **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 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 2 7 0 6 2 0 2 4 signature

avis du médecin conseil

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

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

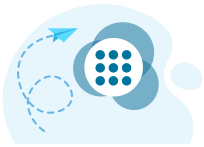
date .....

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

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.

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS PATIENT

NIR : **1730499333085**
Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**
Exonération : **OUI**
MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

Contacter l'Assurance Maladie

AP-HP. Centre Université Paris Cité

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

CORENTIN CELTON
4, parvis Corentin Celton
92130 Issy les Moulineaux
Tél. : 01 58 00 40 00

N° FINESS
920100062

SERVICE DE RÉADAPTATION VASCULAIRE
Tél. : 01 58 00 42 30
Fax : 01 58 00 49 14

Chef de Service
Pr Emmanuel MESSAS
PU-PH
N° RPPS
10003744793

Médecin
Dr Jeanne-Marie BUREAU
PH
N° RPPS
10001438513

Médecin
Dr Omar TAZI
PH
N° RPPS
10001498681

ALD 30
100%

Date : 20/06/24
Nom et Prénom du patient :
Noureh Rezah
Age :

Renouvellement de chaussures orthopédiques sur mesure

HÔPITAL CORENTIN-CELTON
Service de Rééducation Vasculaire
Dr Omar TAZI
4, Parvis Corentin-Celton BP 66
92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex
Tél. : 01 58 00 42 50 - Fax : 01 58 00 42 60
RPPS : 10001498681 - N° FINESS : 920100062

Signature :

3P2677140010

MÉDICAMENT(S) SUBSTITUABLE(S) PAR UN GÉNÉRIQUE SAUF MENTION CONTRAIRE