

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 **GOURAYA MASSIRA**

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

numéro d'immatriculation **267097842802130**

date de naissance **24 09 1967**

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
31 RUE CAUCHOIX , 95170 - DEUIL LA BARRE

• 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 **RUBINSZTEJN DANIEL**

date de prescription

22 07 2024

identifiant **951020130** 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€

• 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

raison sociale
adresse

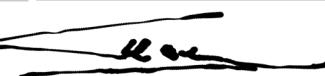
identifiant

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

06 09 2024

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 **GOURAYA MASSIRA**

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

numéro d'immatriculation **267097842802130**

date de naissance **24 09 1967**

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
31 RUE CAUCHOIX , 95170 - DEUIL LA BARRE

• 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 **RUBINSZTEJN DANIEL**

date de prescription

22 07 2024

identifiant **951020130** 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€

• 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

raison sociale
adresse

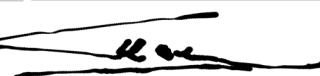
identifiant

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

06 09 2024

signature



avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif - motif :

Dr. Daniel RUBINSZTEJN
14 RUE ABEL FAUVEAU
95170 DEUIL LA BARRE
Tél : 0134283333

N° ADELI

951020130

N° R.P.P.S.

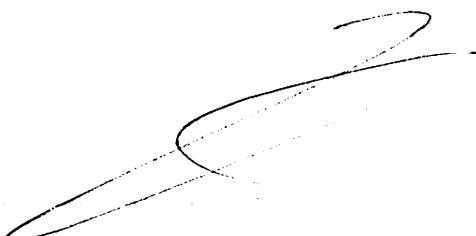
10101150901

DEUIL LA BARRE, le 22/07/2024

Nom et prénom de naissance : GOURAYA Massira
Sexe : féminin, née le 24/09/1967
INS : 267097842802130 (NIR) N° S.S. : 2670978428021 30

Prescription

1 paire de chaussures orthopédiques CHUT



0

Membre d'une association de gestion agréée, règlement des honoraires par chèque accepté.



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 : **2670978428021**



Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)



SÉCURISEZ VOS

CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)