

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 MESSAOUD FATIHA

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

numéro d'immatriculation 280099549101359

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 01 09 1980

adresse

3 IMPASSE DU BOIS , 95220 - HERBLAY

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 HOREL JEAN-MARC

date de prescription 10 02 2025

identifiant 951062959 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)

Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 833.21€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ €

PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 07 03 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

Mon numéro : 2 80 09 95 491 013 59
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 MESSAOUDI Fatiha

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 13/01/2025 au 12/01/2026 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 951 9501	18	2 80 09 95 491 013 59	
Bénéficiaires(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	N° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)		Né(e) le / rang
MESSAOUDI Fatiha a déclaré un médecin traitant SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 03/01/1987 AU 09/12/2029 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE SI SOINS POUR AFFECTION HORS LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 08/10/2019 AU 08/10/2029 POUR TOUTES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE	2 80 09 95 491 013 59		01/09/1980 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

DOCTEUR HOREL JEAN-MARC

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE HONO. LIBRES

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

57 R DU GENERAL LECLERCQ

95320 SAINT LEU LA FORET

=> 95 1 06295 9 00 3 31 1 01 n°AM

Identification du patient
(nom de famille (de naiss. ance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur))

Tatiana Messaoudi

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

10/2/20 renouvellement d'une paire de chaussures orthopédiques

T

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