

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

Form fields for beneficiary: nom et prénom NAAB SIBEL, numéro d'immatriculation 282019920823044, date de naissance 04 01 1982

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 26 BIS AVENUE AULNES , 690 - MORSANG SUR ORGE

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

Form fields for insured: nom et prénom, 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 RABEFIRASANA MAHALISOA, date de prescription 30 09 2024, identifiant 911001089, n° structure

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 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 SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES, raison sociale Phan & Lenoble Associés, adresse Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN, identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1, n° structure 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 04 10 2024, signature

avis du médecin conseil

accord [], refus [], - d'ordre médical [], - d'ordre administratif [], - motif :



**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.



MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

INFORMATIONS

PATIENT

NIR : **2820199208230**

Régime : **Autres régimes et mutuelles**

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](#)

NOUS CONTACTER

3608

Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) | [Accessibilité : non conforme](#)

Docteur RABEFIRAIANA Mahalisoa
01 voie de Compiègne
91390 Morsang Sur Orge

Médecine générale
N° RPPS : 10100337624
Tél : 01 60 16 94 26
mahalisoa.rabefiraisana@pro.mssante.fr



Le 30/09/2024
Madame NAAB Sibel
Née le 04/01/1982
93 kg

Prescription relative au traitement de l'affection longue durée reconnue (AFFECTION EXONERANTE)

Achat d'une paire de chaussure orthopédiques

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

D

Docteur RABEFIRAIANA Mahalisoa
Médecine Générale
N° RPPS : 10100337624

lun