

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 RIOUT FRANCK

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

numéro d'immatriculation 175047816005548

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 23 04 1975

adresse 23 RUE DE LA PLACE , 91630 - MAROLLES EN HUREPOIX

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 OMAR TAZI date de prescription 10 10 2024

identifiant 920100062 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 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 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 10 01 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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



HÔPITAL CORENTIN-CELTON

Boîte Postale 66  
4, Parvis Corentin-Celton  
92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex

Téléphone : 01.58.00.40.00



Date : 10/10/24

Nom et Prénom du patient :

Riau Franch

UNITÉ DE CONSULTATIONS  
ET MÉDECINE SOCIALE

Tél. : 01.58.00.40.88

SERVICE DE RÉADAPTATION  
VASCULAIRE

Tél. : 01.58.00.42.30

Fax : 01 58 00 49 14

Chef de Service  
Pr Emmanuel MESSAS  
PU-PH



Médecin  
Dr Jeanne- Marie BUREAU  
PH



A20 30  
100%

Age :

Renouvellement de  
hauteurs orthopédiques  
sur mesure

ORDONNANCE

Dr :   
Fonction :   
Tél. :  
N° RPPS :

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 80  
RPPS : 1901488681 - N° FINESS : 920100062

Signature :





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



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 : **1750478160055**



Régime : **CAISSE DE COORDINATION AUX ASSURANCES SOCIALES DE LA RATP**

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

Autres bénéficiaires

:

Sélectionner ▼

**CHANGER DE PATIENT**



**SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS  
IDENTIFIANT/MOT DE**



**UN PROBLÈME, UNE QUESTION?**