

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 THIERREE CHRISTOPHE

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

numéro d'immatriculation 165012813401442

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 03 01 1965

adresse 1 CHEMIN DE CHAMPEAU, 78113 - GRANDCHAMPS

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 date de prescription 18 07 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

raison sociale adresse

identifiant

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date 06 09 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

Identification du prescripteur



**AP-HP. Centre
Université
Paris Cité**

N° FINESS



920100062

CORENTIN CELTON

DMU CARTE

SERVICE DE RÉADAPTATION VASCULAIRE

Tél. : 01 58 00 42 30 - Fax : 01 58 00 49 14

Chef de Service

Pr Emmanuel MESSAS

N° RPPS



10003744793

Thierry Christophe

*l'étiquette du patient
est à coller ici*

1817124

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

Renouvellement de chaussures orthopédiques
sur mesure

HÔPITAL CORENTIN-CELTON

Service de Rééducation Vasculaire

Dr Omar TAZI

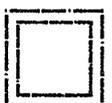
4, Parvis Corentin-Celton BP 66

92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex

Tél. : 01 58 00 42 50 - Fax : 01 58 00 42 80

RPPS : 1001498881 - N° FINESS : 920100062

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





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 : **1650128134014**



Régime : **MUTUALITE
SOCIALE AGRICOLE**

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

CHANGER DE PATIENT



**SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE**

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

Contactez l'Assurance Maladie

PLUS D'INFORMATIONS



Le site de l'Assurance Maladie



Nomenclature des actes

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) |

[Accessibilité : non conforme](#)