

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 for beneficiary details: nom et prénom DE BONFILS PHILIPPE, numéro d'immatriculation 162076938613830, date de naissance 24071962

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 154 ROUTE DE SUIN 71220 - SAINT BONNET DE JOUX

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

Form for insured details: 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 TAZI OMAR, date de prescription 23052024, 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)

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

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 942631169 - CONV 1, n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 52986900000016

date 29052024, signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom DE BONFILS PHILIPPE

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

numéro d'immatriculation 1 6 2 0 7 6 9 3 8 6 1 3 8 3 0

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 2 4 0 7 1 9 6 2

adresse 154 ROUTE DE SUIN 71220 - SAINT BONNET DE JOUX

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 OMAR date de prescription 2 3 0 5 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 1 0 0 0 6 2 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)

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

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 TEL : 01 82 01 96 41

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 2 9 0 5 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

date [ ] - 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 : **1620769386138**

Régime : **REGIME GENERAL**

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

**HÔPITAL CORENTIN-CELTON**

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

Téléphone : 01.58.00.40.00



Date : 23/5/24

Nom et Prénom du patient :

De Benflit Philippe

Age :

AD 30  
100%

**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

Renouvellement de chaussures  
orthopédiques sur mesure

Chef de Service  
**Pr Emmanuel MESSAS**  
PU-PH



Médecin  
**Dr Jeanne- Marie BUREAU**  
PH



Dr : TAZI

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 : 1091499991 - N° FINESS : 920100062

Signature :

