

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 COLINET JEANNETTE

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

numéro d'immatriculation 2 5 9 1 2 3 5 3 4 3 0 1 9 1 2

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 0 9 1 2 1 9 5 9

adresse 54 AV DU DR ARNOLD NETTER 75012 - PARIS

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 M BEMBA date de prescription 2 9 0 5 2 0 2 4

identifiant 7 5 0 1 0 0 1 6 6 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [X] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [ ] 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
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

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

BASE DE REMBOURSEMENT 997.92 € PRIX DE VENTE 997.92 €

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 1 4 0 6 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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





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 : **2591235343019**

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](#)

<b>Identification du prescripteur</b> <i>(nom, prénom et identifiant)</i>  Docteur Jocelyne M'BEMBA  N° RPPS  10003739603  CCH CS DIABETO C PIED	<b>Identification de la structure</b> <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</i>  CCH CS DIABETO C PIED X687  N° FINESS  750100166
---	--

INS/NIR : 259123534301912



INS non signé

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

Madame COLINET Jeannette

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

2 5 9 1 2 3 5 3 4 3 0 1 9 1 2

Ordonnance du 29/05/2024 à 10:06

Née le 09/12/1959

Agée de 64 ans

Taille : 171 cm

---

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

1 paire de chaussure sur mesure avec moulages sur mesure

semelle sur mesure b/ hallux valgus + soutien de cheville++

---

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

---

*Ordonnance validée électroniquement par Docteur Jocelyne M'BEMBA*

Centre Pied diabétique  
Service de diabétologie  
Hôpitaux Universitaires Paris Centre  
Cochin - Broca - Hôtel-Dieu  
123, Bd Port Royal  
75014 Paris  
Numero FINESS : 750100166