

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 accordVOLET 1
à adresser au service médical
et destiné au service administratif

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom OKALA JEAN

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

numéro d'immatriculation

1 5 3 0 9 9 9 3 2 2 7 3 7 4 4

date de naissance

2 1 0 9 1 9 5 3

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

28-32 RUE DE LA GOUTTE D'OR 75018 - 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 ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☒ non ☐accident du travail ou maladie professionnelle ☐

date

autre ☐

● identification du prescripteur

nom et prénom TAZI OMAR

date de prescription

0 4 0 7 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 ☒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

1 2 0 7 2 0 2 4

signature



avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐

- motif :

date

demande d'accord préalable
pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 2

à adresser et à conserver
au service médicalle 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 OKALA JEAN

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

numéro d'immatriculation

1 5 3 0 9 9 9 3 2 2 7 3 7 4 4

date de naissance

2 1 0 9 1 9 5 3

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

28-32 RUE DE LA GOUTTE D'OR 75018 - 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 ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☒ non ☐accident du travail ou maladie professionnelle ☐

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

autre ☐☐

• identification du prescripteur

nom et prénom TAZI OMAR

date de prescription

0 4 0 7 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 ☒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

1 2 0 7 2 0 2 4

signature



avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐

- motif :

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

amelipro

SARL PHAN LENOBLE
ASSOCIES
Fournisseur de biens
médicaux Podo-orthèses
12 R MIRABEAU
94230 CACHAN



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 :

1530999322737

Régime : **REGIME
GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATI



**SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE**



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?



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

**ASSISTANCE
PUBLIQUE**



**HÔPITAUX
DE PARIS**

CORENTIN CELTON
4, parvis Corentin Celton
92130 Issy les Moulineaux
Tél. : 01 58 00 40 00

N° FINESS



920100062

Date : 09/07/2024
Nom et Prénom du patient :

Okala Jean

Age :

ACD 30

100%

**SERVICE DE RÉADAPTATION
VASCULAIRE**

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

Chef de Service
Pr Emmanuel MESSAS
PU-PH

N° RPPS



10003744793

Renouvellement de douleur
et Repetition sur mesure

Médecin

Dr Jeanne-Marie BUREAU
PH

N° RPPS



10001438513

Médecin

Dr Omar TAZI
PH

N° RPPS



10001498681

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 : 1001498891 - N° FINESS : 920100062

Signature :



MÉDICAMENT(S) SUBSTITUABLE(S) PAR UN GÉNÉRIQUE SAUF MENTION CONTRAIRE