

# 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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **MARIN VALERIE**

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

numéro d'immatriculation **272068619424017**

date de naissance **23 06 1972**

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  
**90 Rue de l'Abbé Groult , 75015 - 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 **HOEFLER LEONIE**

date de prescription

**09 10 2024**

identifiant **751063611** 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)

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

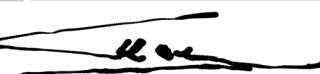
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

raison sociale **Phan & Lenoble Associés**  
adresse **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 0 1 6**

date **25 10 2024**

signature



## avis du médecin conseil

accord

refus  - d'ordre médical

date

- 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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **MARIN VALERIE**

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

numéro d'immatriculation **272068619424017**

date de naissance **23 06 1972**

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  
**90 Rue de l'Abbé Groult , 75015 - 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 **HOEFLER LEONIE**

date de prescription

**09 10 2024**

identifiant **751063611** 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)

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 **Phan & Lenoble Associés**  
adresse **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 0 1 6**

date **25 10 2024**

signature



## avis du médecin conseil

accord

refus  - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif  - motif : .....

**Docteur Léonie HOEFLER**  
Spécialiste en Médecine Générale  
DIU Santé de l'enfant

#### Consultations sur rendez-vous

1, rue Olivier de Serres  
75015 PARIS  
Tél. : 01.42.50.18.64

Pour les professionnels de santé  
leonie.hoefler@medecin.mssante.fr

VALERIE MARIN

52 ans

Paris, le 09/10/2024

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

## **Renouvellement d'1 paire de chaussures thérapeutiques sur mesures sur moultages des pieds**

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

Patient : Féminin, 52 ans

Anne-Sophie de TRICORNOT  
Médecin Généraliste Remplaçant  
RPPS : 1011000317



W° RPPS

A standard linear barcode is located at the top of the page, above the ISBN number.

0100947380

En cas d'urgence et en dehors des horaires d'ouverture du cabinet,  
composez le 15.

Nº AM



751063611



Paris

Mon numéro : 2 72 06 86 194 240 17

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

MARIN Valérie

## Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 30/05/2024 au 29/05/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 751 5541	18	2 72 06 86 194 240 17	
<b>Bénéficiaires(s)</b> <i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i>		<b>N° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)</b>	Né(e) le / rang
MARIN Valérie		2 72 06 86 194 240 17	23/06/1972 1

a déclaré un médecin traitant  
SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 01/02/1987 AU 14/06/2031  
POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

La loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité sociale.