

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 RIME BOUTABBA

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

numéro d'immatriculation 276047511800777

date de naissance 03 04 1976

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

36-38 BD GENERAL JEAN SIMON , 75013 - 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 MBEMBA Jocelyne

date de prescription 19 11 2024

identifiant 750100166

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€  
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€  
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€● appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)  
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 907.92€ €

PRIX DE VENTE 907.92€ €

## 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

n° structure

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

date 29 11 2024

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 RIME BOUTABBA

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

numéro d'immatriculation 276047511800777

date de naissance 03 04 1976

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

36-38 BD GENERAL JEAN SIMON , 75013 - 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 MBEMBA Jocelyne

date de prescription 19 11 2024

identifiant 750100166

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€  
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€  
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€● appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)  
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 907.92€ €

PRIX DE VENTE 907.92€ €

## 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

n° structure

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

date 29 11 2024

signature

## avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

n° 14465\*01

Articles L.322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Docteur Jocelyne M'BEMBA

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)

CCH CS DIABETO C PIED X687

N° RPPS



10003739603

CCH CS DIABETO C PIED

N° FINESS



750100166

INS/NIR : 276047511800777



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 BOUTABBA Rime

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

2760475118007 77

Ordonnance du 19/11/2024 à 12:32

Née le 03/04/1976

Agée de 48 ans

Taille : 161 cm

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

1 paire de chaussure sur mesure

moulage sur mesure  
pied diabétique déformé**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée**  
(MALADIES INTERCURRENTES)

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Jocelyne M'BEMBA

Centre Podiatrique  
Service de podologie  
Hôpital Intercommunal Paris Centre  
Carton - Boite - 10004000  
100, 101, 102, 103, 104  
75010 Paris  
N° de téléphone : 01 40 00 00 00



**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.

## 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 : 2760475118007

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

Autres bénéficiaires

Sélectionner ▼

CHANGER DE PATIENT



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

Télécharger le pdf

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

PLUS D'INFORMATIONS

Contactez l'Assurance Maladie