

# 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 **SIMON MICHEL**

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

numéro d'immatriculation **1 6 8 0 1 7 5 1 1 2 3 5 0 1 7**date de naissance **2 2 0 1 1 9 6 8**

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

**14 BIS RUE DU BUAT 77165 - SAINT SOUPPLETS**

• 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 **COTAYA Joseph** date de prescription **2 3 0 4 2 0 2 4**identifiant **7 7 1 0 7 0 2 3 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 6 0 5 2 0 2 4**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 **SIMON MICHEL**

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

numéro d'immatriculation **1 6 8 0 1 7 5 1 1 2 3 5 0 1 7**date de naissance **2 2 0 1 1 9 6 8**

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

**14 BIS RUE DU BUAT 77165 - SAINT SOUPPLETS**

• 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 **COTAYA Joseph** date de prescription **2 3 0 4 2 0 2 4**identifiant **7 7 1 0 7 0 2 3 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 41n° structure (AM, FINESS ou SIRET) **5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6**date **1 6 0 5 2 0 2 4**signature 

## avis du médecin conseil

accord refus  - d'ordre médical date **|  |  |  |  |**- d'ordre administratif  - motif : .....

## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

### INFORMATIONS

PATIENT



NIR : **1680175112350**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

### CONTACTER L'ASSURANCE MALADIE

Mode opératoire



### UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS CONTACTER

**3608** Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) |

Accessibilité : non conforme

## Ordonnance bizone

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 JOSEPH COTAYA

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

Identification de la structure

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

35 RUE DU BOURGET

77165 SAINT SOUPPLETS

=&gt; 77 1 07023 2 00 1 20 1 01 n°AM

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage ( facultatif si il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)

SIMON Michel

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

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

(AFFECTION EXONÉRANTE)

023042024.

me nom de chennois  
orthopédique

## Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)