

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 **Raphael KENNEN**

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

numéro d'immatriculation **155069720935538**date de naissance **27 06 1955**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

26 Rue Paul Barennes , 77100 - Meaux

● 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 **MATALLAH Nadia Lynda**date de prescription **15 04 2024**identifiant **771009073**

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 - CACHANidentifiant **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 **19 07 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 médical

le 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 **Raphael KENNEN**

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

numéro d'immatriculation **155069720935538**

date de naissance **27 06 1955**

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

26 Rue Paul Barennes , 77100 - Meaux

• 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 **MATALLAH Nadia Lynda**

date de prescription **15 04 2024**

identifiant **771009073**

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 **19 07 2024**

signature



avis du médecin conseil

accord ☐

refus ☐

- d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif :

date



**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 : **1550697209355**

Régime : **REGIME
GENERAL**

Droits à la date du
jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)



SÉCURISEZ VOS

CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)



Ordonnance Bizone

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

n° 14465 * 01

MEAUX, le 15/04/2024

Identification du prescripteur

Dr. Nadia Lynda MATALLAH
N°RPPS : 10100761278

Identification de la structure

Cabinet du Dr MATALLAH Nadia



10100761278

Identification du patient

Nom et prénom de naissance : KENNENGA Raphael
Sexe : masculin, né le 27/06/1955
INS : 155069720935538 (NIR) N° S.S. : 1550697209355 38



771009073

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

~~0~~ UNE PAIRE DE CHAUSSURE ORTHOPEDIQUES SUR MESURE

PIEDS DIABETIQUE GRADE 3

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

0