

# 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 **EMMANUEL OMEKENGE DJANGA**

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

numéro d'immatriculation **154119931222761**

date de naissance **11 11 1954**

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  
**9bis Rue de la Chaussée de Paris , 77124 - Villenoy**

• 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 **NETES Laura-Otilia**

date de prescription

**03 10 2024**

identifiant **770000446** 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 **04 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 **EMMANUEL OMEKENGE DJANGA**

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

numéro d'immatriculation **154119931222761**

date de naissance **11 11 1954**

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  
**9bis Rue de la Chaussée de Paris , 77124 - Villenoy**

• 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 **NETES Laura-Otilia**

date de prescription

**03 10 2024**

identifiant **770000446** 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 **04 10 2024**

signature



## avis du médecin conseil

accord

refus  - d'ordre médical

date

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

## 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)

**Dr NETES Laura-Otilia**  
 GHEF - Site de Meaux  
 Diabétologie Endocrinologie HTA  
 RPPS N° 10101217742

CONVENTIONNÉ

Identification de la structure  
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)**GRAND HOPITAL DE L'EST FRANCILIEN**

BP 218

6-8 RUE SAINT FIACRE  
77108 MEAUX CEDEX

=&gt; 77 0 100446 1 10 1 n°AM

(nom de famille (de naissance)	OMEKENGE DJANGA
	EMMANUEL
	NN : OMEKENGE DJANGA
n° d'ins.	IEP : 613194807 11/11/1954 M
	LE 03/10/2024
	H : 1544 M : 1544 69 ans
	IPP : 100236423
	par le prescripteur)

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

Une paire de chaussures orthopédiques  
Sur mesure

**Dr NETES Laura-Otilia**  
 GHEF - Site de Meaux  
 Diabétologie Endocrinologie HTA  
 RPPS N° 10101217742

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

**i** 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. **X**  
En cas de difficulté, vous pouvez contacter le 3608.

## ACTIVITÉS

[Mes services paiements](#)

[Commande d'imprimés](#)

## SERVICES PATIENTS

**i** 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 : **1541199312227**   
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?