

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

VOLET 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de réception :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom MOHAND MEDJEK

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

numéro d'immatriculation 151039935458118

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)

date de naissance 04 03 1951

adresse 50 Rue de Saint Jean , 77470 - Montceaux-lès-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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non [ ]

accident du travail ou maladie professionnelle [ ] date [ ] autre [ ]

identification du prescripteur

nom et prénom AGBAYISSAH DAVID date de prescription 04 10 2024

identifiant 930100037 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [X] 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 18 10 2024

signature [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)

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 MOHAND MEDJEK

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

numéro d'immatriculation 151039935458118

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)

date de naissance 04 03 1951

adresse

50 Rue de Saint Jean , 77470 - Montceaux-lès-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 AGBAYISSAH DAVID

date de prescription 04 10 2024

identifiant 930100037

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 18 10 2024

signature



## avis du médecin conseil

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

date



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**amelipro**

SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Podo-orthèses  
12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



 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 :

**1510399354581** 

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?**

<b>Identification du prescripteur</b> <i>(nom, prénom et identifiant)</i>  Docteur David AGBAYISSAH  N° RPPS  10102316782  AVC MEDECINE INTERNE	<b>Identification de la structure</b> <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</i>  HOPITAL AVICENNE  N° FINESS  930100037
--	--

<b>Identification du patient</b> <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)</i>  Monsieur <b>MEDJEK Mohand</b>  <i>N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))</i>  1 5 1 0 3 9 9 3 5 4 5 8 1 1 8
--

Ordonnance du 04/10/2024 à 11:10

Né le 04/03/1951  
Agé de 73 ans  
Poids : 88.2 kg, Taille : 185 cm

---

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

Faire réaliser par podo-orthésiste  
Chaussure orthopédique sur mesure sur moulage  
amputation transmétatarsienne droite et DT2 + artérite sévère

---

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

Ordonnance validée électroniquement par Docteur David AGBAYISSAH

Unité de Médecine Interne et Maladies Vasculaires  
Charcot 3<sup>ème</sup> Pair  
**Docteur David AGBAYISSAH**  
Chef de Clinique - Assistant  
Hôpital Avicenne  
01 48 95 75 99  
N° Finess 93 01 000 37  
RPPS 10102316782