

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 CAROLINE MAILLET

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

numéro d'immatriculation 285047511017004

date de naissance 18 04 1985

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

8 Les Grands Pleux , 77114 - Hermé

● 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 BENOIT VILLAIN

date de prescription 12 09 2024

identifiant 920100021

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 A, la paire LPP 2689974 735.04€
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 834.02€ €

PRIX DE VENTE 834.02€ €

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 25 10 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 CAROLINE MAILLET

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

numéro d'immatriculation 285047511017004

date de naissance 18 04 1985

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

8 Les Grands Pleux , 77114 - Hermé

● 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 BENOIT VILLAIN

date de prescription 12 09 2024

identifiant 920100021

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 A, la paire LPP 2689974 735.04€
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 834.02€ €

PRIX DE VENTE 834.02€ €

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 25 10 2024

signature

avis du médecin conseil

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

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Hôpital
Antoine-Béclère
AP-HP**

157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART

Standard : 01 45 37 44 44



INS non signé

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Docteur BENOIT VILLAIN

N° RPPS



10101097227

ABC CHIR ORTHO TRAUMA

Clamart, le 12/09/2024 à 16:46

920100021



ORDONNANCE

SERVICE DE CHIRURGIE
Orthopédique
Traumatologique et Réparatrice

Chef de Service
Pr Thierry BÉGUÉ

Adjoint
Pr Jean Charles AUREGAN

Praticiens Hospitaliers
Dr Stéphane LEVANTE
Dr Nasser MEBTOUCHE
Dr Benoît VILLAIN

Chef de Clinique-Assistant
Dr Radu BRANEA

Assistants spécialistes
Dr Nahi AJAKA
Dr Ariles BALEH
Dr HESNA M'HAMED

Praticien Attaché
Dr Pierre DIVINÉ

Cadre de Santé
01 45 37 43 78

Secrétariat
Mme Elody ANASTHASE
01 45 37 48 47
Mme Naima DJELLAL
01 45 37 43 52
Mme Laurence POTEZ
01 45 37 49 38
Mme Tatiana SUSSINGEAS
01 45 37 47 34

Fax service
01 45 37 49 50

Unité septique
Mme Tatiana SUSSINGEAS
01 45 37 47 34
Fax : 04.45.37.48.94

*Unité de Médecine et
Traumatologie du Sport*
Mme Elody ANASTHASE
01 45 37 48 47

Secrétaire Assistante Sociale
Mme Laetitia PERROTIN
01 45 37 42 50

Centre de chirurgie ambulatoire
Mme Nathalie BELLAICHE
01 45 37 44 52

Bureau des rendez vous
01 41 07 95 95

Madame MAILLET Caroline, âgée de 39 ans, née le 18/04/1985, 25 kg, 175 cm

une paire de chaussures orthopédique avec compensation ILMI du
côté gauche

Ordonnance validée électroniquement par Docteur BENOIT VILLAIN

Docteur Benoit VILLAIN
Praticien Hospitalier
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
HÔPITAL Antoine BÉCLÈRE
157 Rue de la Porte de Trivaux
92140 CLAMART
RPPS : 10101097227



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

INFORMATION

S
PATIENT

NIR : 2850475110170 

Régime :
**REGIME
GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**
Exonération TM : **NON**

CHANGER DE PATIENT



SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

Contactez l'Assurance Maladie



PLUS D'INFORMATIONS



Le site de
l'Assurance
Maladie



Nomenclature
des actes

3608

Service gratuit + prix appel

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

Accessibilité : non conforme