

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 ROIG SEDDIK EVELYNE

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

numéro d'immatriculation 255107511410758

date de naissance 05 10 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

15 RUE ALFRED DE MUSSET , 77660 - SAINT JEAN LES DEUX JUMEAUX

• 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 28 11 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€
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 06 12 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 ROIG SEDDIK EVELYNE

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

numéro d'immatriculation 255107511410758

date de naissance 05 10 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

15 RUE ALFRED DE MUSSET , 77660 - SAINT JEAN LES DEUX JUMEAUX

• 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 28 11 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€
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 06 12 2024

signature

avis du médecin conseil

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

date

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

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)**Dr NETES Laura-Otilia**
GHEF - Site de Meaux
Diabétologie Endocrinologie HTA
RPPS N° 10101217742

CONVENTIONNE

Identification de la structure
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)**GRAND HOPITAL DE L'EST FRANCILIEN**
6-8 RUE SAINT FIACRE
BP 218

77108 MEAUX CEDEX

=> 77 0 00044 6 09 1 10 1 n°AM

(nom de famille (de naissance)

n° d'i

ROIG SEDDIK
EVELYNE
NN : MARCHEBOUT
IEP : 613291685 05/10/1955H : 1544 M : 1544
IPP : 202459980LE 28/11/2024
69 ans

par le prescripteur

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

(AFFECTION EXONÉRANTE)

1^{re} mise de chaussures orthopédiques sur
nerve avec moullages x 2

Pied Charcot évolutif avec mal
propreté médio pied droit.
Déformation important

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)**Dr NETES Laura-Otilia**
GHEF - Site de Meaux
Diabétologie Endocrinologie HTA
RPPS N° 10101217742



Consultation des
Droits - Assurance
Maladie



V 05.00.06



Date des soins : 25/07/2023

Identifiant (NIR) : 2551075114107 58

Information de l'ouvrant droit

Nom de famille : MARCHEBOUT

Nom d'usage : ROIG

Prénom : EVELYNE

Information du bénéficiaire des soins

Nom de famille : MARCHEBOUT

Prénom : EVELYNE

Date de naissance/rang : 05/10/1955 1

Code grand régime : 01

Caisse gestionnaire : 771

Centre de paiement/clé : 000 5

Code gestion : 11

Centre de gestion : 0000

☒ Ouverture des droits (régime de base) :

Du 25/04/2021 Au 09/05/2024

- SS

☒ Exonération du ticket modérateur :

Exonération limitée aux soins relatifs à l'affection liste

Du 25/04/2021 Au 09/05/2024

- 100%

☒ Modulation du ticket modérateur :

NON

☒ Complémentaire santé solidaire :

NON

☒ Médecin traitant (à la date des soins) :

OUI

Nom : VIGLIANO

Prénom : ETIENNE

Numéro : 771037868

oui, tt

[Retour au portail](#)[Retour Liste](#)[Retour Formulaire](#)[Aide](#)