

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 MERLIN MICHELE

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

numéro d'immatriculation 250117724354531

date de naissance 25 11 1950

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

1 RUE DU DONJON , 77320 - CHEVRU

## • 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 FARAH Ibrahim

date de prescription

19 09 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

adresse Phan &amp; 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 MERLIN MICHELE

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

numéro d'immatriculation 250117724354531

date de naissance 25 11 1950

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

1 RUE DU DONJON , 77320 - CHEVRU

## • 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 FARAH Ibrahim

date de prescription 19 09 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

adresse Phan &amp; 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)

Grand Hôpital de l'Est Francilien - Site de Meau  
Docteur Ibrahim FARAH  
FINESS 770021145 - N° RPPS 10002575065  
Hémodialyse - Dialyse Péritoneale - Néphrologie  
6-8 Rue St Fiacre - BP 218  
77104 MEAUX CEDEX  
UF : 1705 - 1707

## Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

CENTRE HOSPITALIER DE MEAUX  
BOÎTE POSTALE 218  
6 R SAINT FIACRE  
77104 MEAUX CEDEX

=&gt; 77 0 00044 6 1 10 1 n°AM

(nom de famille (de))

MERLIN  
MICHELE  
NN : DEBOURGE  
IEP : 612699595 25/11/1950  
H : 1705 M : 1705  
IPP : 300271218  
LE 02/01/2024  
73 ans

compléter par le prescripteur

F

ur(e))

19/09/2024

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

Chaussure orthopédique sur mesure

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

Grand Hôpital de l'Est Francilien - Site de Meaux  
Docteur Ibrahim FARAH  
FINESS 770021145 - N° RPPS 10002575065  
Hémodialyse - Dialyse Péritoneale - Néphrologie  
6-8 Rue St Fiacre - BP 218  
77104 MEAUX CEDEX  
UF : 1705 - 1707



 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  
: **2501177243545**

Régime :  
**REGIME  
GENERAL**

MT : **OUI**

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

**CHANGER DE PAT**