

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 ZAHRA BOUTOUBA

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

numéro d'immatriculation 256067710822748

date de naissance 15 06 1956

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

5 Rue Docteur Albert Schweitzer , 77500 - Chelles

• 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 HAMDY Sarah

date de prescription 19 02 2025

identifiant 930021480

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)

Appareil podo-jambier spécial sur moulage pour chaussures de série ou orthopédiques
LPP 2646692 430.96€
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 480.45€ €

PRIX DE VENTE 480.45€ €

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 21 02 2025

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 ZAHRA BOUTOUBA

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

numéro d'immatriculation 256067710822748

date de naissance 15 06 1956

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

5 Rue Docteur Albert Schweitzer , 77500 - Chelles

● 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 HAMDY Sarah

date de prescription 19 02 2025

identifiant 930021480

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)

Appareil podo-jambier spécial sur moulage pour chaussures de série ou orthopédiques
LPP 2646692 430.96€
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 480.45€ €

PRIX DE VENTE 480.45€ €

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 21 02 2025

signature

avis du médecin conseil

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

date

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

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

2560677108227 48

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y

a lieu du nom d'usage)

BOUTOUBA

PRÉNOM

Zahra

● S'agit-il d'un accident ?

☐

OUI DATE

☐

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

● NOM DE NAISSANCE

● Prénom

Date de naissance

● Lien avec l'assuré(e)

☐

Conjoint

☐

Enfant

☐Autre membre
de la famille☐Personne vivant mari-
talement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins
(dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement
quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses
déclarations.

(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature

de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

■ TYPE D'APPAREIL

	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	TRONC
PROTHÈSE			
ORTHÈSE			

PROTHÈSE OCULAIRE

CHAUSSURES
ORTHOPÉDIQUES
APPAREIL ATYPIQUE
SUR DEVIS

■ NATURE DE L'APPAREIL

☐ définitif

provisoire

☐ renouvellement☐ réparation

■ DESCRIPTIF PRÉCIS DE LA FOURNITURE (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Appareillage prodo jambier de type
OTACP sur mesure sur moulage
pied gauche

■ PARTICULARITÉS : prescription en rapport avec :

☐ AT/MP DATE☒ ALD☐ ART. 115☐ AUTRE

Identification du prescripteur

Docteur Sarah HAMD

Praticien Hospitalier

Consultation

Chirurgie vasculaire et thoracique

RPPS 1010022995 - FINES 93 0 02148 0

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le

à

Signature du
prescripteur

19/02/2025
G. Hamdi

(1) Se reporter à l'attestation papier qui accompagne la carte Vitale

S 3135a

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

PRÉNOM

● S'agit-il d'un accident ?

☐

OUI

DATE

☐

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

● NOM DE NAISSANCE

● Prénom

Date de naissance

● Lien avec l'assuré(e)

☐

Conjoint

☐

Enfant

☐Autre membre
de la famille☐Personne vivant mari-
talement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins
(dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement
quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses
déclarations.

(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature

de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

■ CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je, soussigné, certifie que le patient désigné ci-dessus, présente :

Plaie multiple du pied gauche
Bord latéral et amputation hallux

Identification du prescripteur

Docteur Sarah HAMD

Praticien Hospitalier

Consultation

Chirurgie vasculaire et thoracique

RPPS 1010022995 - FINESS 93 0 02148 0

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le

19/10

Signature du
prescripteur

Docteur Sarah HAMD

Praticien Hospitalier

Consultation

Chirurgie vasculaire et thoracique

RPPS 1010022995 - FINESS 93 0 02148 0

(1) Se reporter à l'attestation papier qui accompagne la carte Vitale

S 3135a

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI



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 : **2560677108227**

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

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

[CHANGER DE PATIENT](#)

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Réclamations paiements](#)



SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE



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