

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 ODILE MARY

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

numéro d'immatriculation 266115153515320

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 06 11 1966

adresse

8 Rue Raymond Delasalle , 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 ODOT Cindy

date de prescription 06 03 2025

identifiant 770019032

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 833.21€
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 932.19€ €

PRIX DE VENTE 932.19€ €

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

raison sociale

adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 04 04 2025

signature



avis du médecin conseil

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

GRANDPONTON DE L'EST FRANÇAIS
 Site de Marnes-la-Mairie (75019) 019032
 Dr ODOT Cindy
 Endocrinologue-Diabétologue
 RPPS 10102168175

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

(nom de famille (de naissance) s.)

 n° d'immc

MARY
 ODILE
 NN MARY
 IEP : 613453901
 06/11/1966 F (par le prescripteur)

 H : 2544 M : 2544 LE : 06/03/2025
 IPP : 1002953095 58 ans

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

C.3.25

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures et sur moulages
 pour patiente diabétique avec pied charcot à
 droit.

Redèle montant, balernage, outure 20mm
 épaisseur...

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

(This section is crossed out with a large diagonal line)



 Dans le cadre d'une opération technique, le téléservice 'Réclamations paiements' sera indisponible le 09/04 entre 09h00 et 17h00. Veuillez nous excuser pour la gêne occasionnée. 

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 : **2661151535153** 

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](#)