

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 accord

VOLET 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de réception :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom COULIBALY BEN

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

numéro d'immatriculation 104027849839695

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 18 02 2004

adresse 104 RUE NATIONAL , 78940 - LA QUEUE LES YVELINES

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non [ ]

accident du travail ou maladie professionnelle [ ] date [ ] autre [ ]

identification du prescripteur

nom et prénom RECH CELIA date de prescription 16 04 2024

identifiant 920100054 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [ ] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [X] 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 & 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 [Signature]

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....

date [ ]



<b>Identification du prescripteur</b> <i>(nom, prénom et identifiant)</i>  Docteur CELIA RECH  N° RPPS  10001413888  RPC CS NEURO NETTER	<b>Identification de la structure</b> <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</i>  RPC CS NEURO NETTER-068X532  N° FINESS  920100054
---	---

INS/NIR : 104027849839695



INS non signé

<b>Identification du patient</b> <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)</i>  Monsieur COULIBALY Ben  N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e)) 1 0 4 0 2 7 8 4 9 8 3 9 6 9 5
--

Ordonnance du 16/04/2024 à 15:30

Né le 18/02/2004

Agé de 20 ans

Poids : 26.6 kg, Taille : 148 cm

---

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

renouvellement d'une paire de chaussure orthodique sur moulage ou mesure avec coque moulée interne tige haute avec contrefort bilatéral ouverture antériorisée , velcros , avant pied larges .  
pieds plats valgus neurologique , griffe d'orteils hallux valgus

---

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

---

*Ordonnance validée électroniquement par Docteur CELIA RECH*



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

amelipro



-



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 : **1040278498396** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

[CHANGER DE PATIE](#)

## UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Rédiger des informations paiements](#)