

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 MESTRE SANDRINE

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

numéro d'immatriculation 2 7 3 0 4 9 1 2 0 0 0 4 5 1 0

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 3 0 0 4 1 9 7 3

adresse

315 BLD DES CHAMPS ELYSEES 91004 - EVRY

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 TISSARD NATHALIE

date de prescription 2 8 0 3 2 0 2 4

identifiant 9 1 1 0 9 0 2 5 6 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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

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 TEL : 01 82 01 96 41

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

date 0 5 0 7 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ]

date [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom MESTRE SANDRINE

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

numéro d'immatriculation 2 7 3 0 4 9 1 2 0 0 0 4 5 1 0

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 3 0 0 4 1 9 7 3

adresse 315 BLD DES CHAMPS ELYSEES 91004 - EVRY

● 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 TISSARD NATHALIE date de prescription 2 8 0 3 2 0 2 4

identifiant 9 1 1 0 9 0 2 5 6 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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

● 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 TEL : 01 82 01 96 41

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

date 0 5 0 7 2 0 2 4

signature

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ]

date [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....

 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 : **2730491200045**  
Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour :

**OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)



### SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS

#### IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

### UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

### PLUS D'INFORMATIONS



[Le site de l'Assurance Maladie](#)



[Nomenclature des actes](#)

### NOUS CONTACTER

**3608** Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) | [Accessibilité : non conforme](#)

**Dr NATHALIE TISSARD**  
MEDECIN GENERALISTE  
6 RUE VAN LOO  
91150 ETAMPES  
Tél : 0164945418  
Email : titl.doc@free.fr

N°AM : 91109025



N° RPPS : 10000882257



**Melle MESTRE Sandrine (née MESTRE)**  
Chambre : 12  
Secteur : OCEANE  
**CENTRE ROBERT LAPLANE**  
91150 ETAMPES  
Date de naissance : 30/04/1973 (50 ans)  
N° sécurité sociale : 2 73 04 91 200 045 10  
INS : 273049120004510(NIR)  
Nom de naissance : MESTRE  
1er prénom de naissance : SANDRINE

Sexe : F (Féminin)

Poids : 35.6 kg le 29/02/2024 (IMC : 15.41)  
Clairance créatinine : 8 mL/min (Cockroft and Gault) (Poids : 35.6Kg le 29/02/2024, Créatininémie : 47 mg/l le 12/03/2020)

Page : 1

jeudi 28 mars 2024

---

Prescription(s) relative(s) au traitement de l'affection de longue durée reconnue - (AFFECTION EXONERANTE)

---

Achat d'une paire de chaussures sur mesure

---

Prescription(s) SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée - (AFFECTION INTERCURRENTE)

---

Nombre de produit(s) : 0