

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 SANCHIS STEPHANE

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

numéro d'immatriculation

1 6 6 0 4 7 7 1 8 3 0 4 2 3 3

date de naissance

0 5 0 4 1 9 6 6

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

13 AVENUE DE BECHEVRET 91790 - BOISSY SOUS SAINT YON

● 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 CAMILLE TLEMSANI

date de prescription

2 7 0 3 2 0 2 4

identifiant

7 5 0 1 0 0 1 6 6

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)

LPP 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire

● appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 735.04 €

PRIX DE VENTE 735.04 €

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 ☐- 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 SANCHIS STEPHANE

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

numéro d'immatriculation

1 6 6 0 4 7 7 1 8 3 0 4 2 3 3

date de naissance

0 5 0 4 1 9 6 6

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

13 AVENUE DE BECHEVRET 91790 - BOISSY SOUS SAINT YON

● 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 CAMILLE TLEMSANI

date de prescription

2 7 0 3 2 0 2 4

identifiant 7 5 0 1 0 0 1 6 6

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)

LPP 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire

● appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 735.04 €

PRIX DE VENTE 735.04 €

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 ☐- d'ordre administratif ☐ - motif :date



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 : **1660477183042**

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](#)

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant)		Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)	
Docteur CAMILLE TLEMSANI		CCH CS CANCEROLOGIE X693	
N° RPPS	 10100666279	CCH CS CANCEROLOGIE	N° FINESS
			 750100166

Identification du patient (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)	Ordonnance du 27/03/2024 à 11:16 Né le 05/04/1966 Agé de 57 ans Taille : 170 cm
Monsieur SANCHIS Stephane	
N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))	
1 6 6 0 4 7 7 1 8 3 0 4 2 3 3	

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

Acheter en pharmacie:
une paire de chaussure orthopédique à usage permanent
pour inégalité de longueur des membres inférieurs de 3 cm.
Choix de la chaussure par le patient sur catalogue

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

Ordonnance validée électroniquement par Docteur CAMILLE TLEMSANI