

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 **Maxence LELOUP**

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

numéro d'immatriculation **194045145445040**date de naissance **02 02 1994**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

4 Rue Raie Tortue BAT F1, 91240 - Saint-Michel-sur-Orge

• 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 **HUMBLLOT BAYARD VALERIE**date de prescription **19 12 2024**identifiant **911107407**

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 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 - CACHANidentifiant **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 **20 12 2024**

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 **Maxence LELOUP**

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

numéro d'immatriculation **194045145445040**date de naissance **02 02 1994**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

4 Rue Raie Tortue BAT F1, 91240 - Saint-Michel-sur-Orge

• 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 **HUMBLLOT BAYARD VALERIE**date de prescription **19 12 2024**identifiant **911107407**

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 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 **20 12 2024**

signature



avis du médecin conseil

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

date

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



**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.

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS PATIENT



NIR : **1940451454450**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **NON**

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)



Dr VALERIE HUMBLLOT BAYARD

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

7 Rue Charlie Chaplin

91080 Courcouronnes

Tél: 0160778686

valerie.HUMBLLOT-BAYARD@medical91.apicrypt.org

N° AM :



911107407

N° RPPS :



10000910025

Le 19 déc. 2024

M. LELOUP Maxence, né(e) LELOUP Maxence

Né(e) le 02/04/1994

Allergies : Tramadol (malaise)

1 paire de chaussures orthopédiques

Signé via Doctolib le 19/12/2024
Valérie HUMBLLOT-BAYARD



Membre d'une association de gestion agréée. Le règlement des honoraires par chèque ou carte bancaire est accepté. En cas d'urgence, contacter le .