

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 KHILAD FARID

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

numéro d'immatriculation 177039110303552

date de naissance 16 03 1977

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

40 RUE DES PRES SAINT MARTIN , 91600 - SAVIGNY 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 TISSARD NATHALIE

date de prescription

03 10 2024

identifiant 911090256

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 &amp; 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 03 02 2025

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 KHILAD FARID

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

numéro d'immatriculation 177039110303552

date de naissance 16 03 1977

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

40 RUE DES PRES SAINT MARTIN , 91600 - SAVIGNY 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 TISSARD NATHALIE

date de prescription 03 10 2024

identifiant 911090256

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 03 02 2025

signature

## avis du médecin conseil

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

date

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

**Dr NATHALIE TISSARD**

**MEDECIN GENERALISTE**

**6 RUE VAN LOO**

**91150 ETAMPES**

**Tél : 0164945418**

**Email : titi.doc@free.fr**

**N° AM : 91109025**

**N° RPPS : 10000882257**



**M KHILAD Farid**

**Chambre : 21**

**Secteur : ROSERAIE**

**CENTRE ROBERT LAPLANE**

**91150 ETAMPES**

**Date de naissance : 16/03/1977 (47 ans)**

**N° sécurité sociale : 1 77 03 91 103 035 52**

**INS : 177039110303552(NIR)**

**Nom de naissance : KHILAD**

**1er prénom de naissance : FARID**

**Sexe : M (Masculin)**

**Poids : 43.8 kg le 01/10/2024 (IMC : 22.35)**

**Clairance créatinine : 18.2 mL/min (Cockcroft and Gault) (Poids : 43.8Kg le 01/10/2024, Créatininémie : 31 mg/l le 18/02/2020)**

Page : 1

jeudi 03 octobre 2024

**Allergie(s) : Eosine**

---

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

---

**Renouvellement d'une paire de chaussures orthopédiques**

---

---

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

---

Nombre de produit(s) : 0



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

## INFORMATION

S  
PATIENT

NIR : 1770391103035

Régime :  
**REGIME  
GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**  
Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATIENT