

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 PALIN ROBERT

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

numéro d'immatriculation 162127832605108

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 15 12 1962

adresse 35 DOMAINE DU CHATEAU , 91380 - CHILY MAZARIN

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 NEVEU SYLVAIN date de prescription 15 04 2025

identifiant 941701005 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 833.21€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ € PRIX DE VENTE 833.21€ €

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

date 30 04 2025 signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

numéro d'immatriculation 162127832605108

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 15 12 1962

adresse 35 DOMAINE DU CHATEAU , 91380 - CHILY MAZARIN

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 NEVEU SYLVAIN date de prescription 15 04 2025

identifiant 941701005 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 833.21€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ € PRIX DE VENTE 833.21€ €

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

date 30 04 2025 signature

avis du médecin conseil

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



## ACTIVITÉS

Mes services paiements

Commande d'imprimés

## SERVICES PATIENTS

**i** 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 : **1621278326051** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

[CHANGER DE PATIENT](#)

## UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie Réclamations paiements](#)



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

## PLUS D'INFORMATIONS



Le site de  
l'Assurance Maladie



Nomenclature des  
actes



# Ordonnance BIZONE

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

Fresnes, le, 15/04/2025

n° 14365 \* 01

Identification du prescripteur  
**Docteur NEVEU Sylvain**  
 Médecin Généraliste / Conventionné Secteur 1  
 N° RPS : 1000164417 N° AM : 941701005

Identification de la structure  
 (raison sociale du cabinet, de l'établissement et n°AM, FINESS ou SIRET)  
 62 bis boulevard Pasteur 94260 FRESNES  
 Tel : 01 42 37 44 89 www.cabinetpeuplerale.fr  
 dr.neveu.sylvain@cloud.com



Identification du patient  
 Nom et prénom de naissance : PALIN Robert  
 Sexe : masculin, né le 15/12/1962  
 INS : 162127832605108 (NIR) N° S.S. : 1621278326051 08



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

Renouvellement d'une paire de chaussures orthopédiques sur mesure

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



Le patient ou le ou les titulaire(s) de l'autorité parentale a (ont) accepté que je puisse consulter ce qui lui a été délivré par la pharmacie sur la présente prescription: OUI.  
 Les données de la prescription sont transmises électroniquement à l'assurance maladie qui traite vos données dans le cadre de ses missions. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à <https://www.ameli.fr>.



N°04170F1J1KF0Z085D7

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (article 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).