

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 HADJIAT STEPHANE

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

numéro d'immatriculation

1 6 8 0 1 9 9 3 5 2 5 9 2 7 5

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

0 7 0 1 1 9 6 8

adresse

4 RUE DU NOYER DE SEGONZAC 92160 - ANTONY

● 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 TAZI OMAR

date de prescription

2 5 0 5 2 0 2 4

identifiant

9 2 0 1 0 0 0 6 2

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 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

raison sociale

adresse

Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN
TEL : 01 82 01 96 41

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 0 1 6

date

1 4 0 8 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 HADJIAT STEPHANE

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

numéro d'immatriculation

1 6 8 0 1 9 9 3 5 2 5 9 2 7 5

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

0 7 0 1 1 9 6 8

adresse

4 RUE DU NOYER DE SEGONZAC 92160 - ANTONY

● 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 TAZI OMAR

date de prescription

2 5 0 5 2 0 2 4

identifiant

9 2 0 1 0 0 0 6 2

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 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

1 4 0 8 2 0 2 4

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 : **1680199352592**

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](#)

HÔPITAL CORENTIN-CELTON

Boîte Postale 66
4, Parvis Corentin-Celton
92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex

Téléphone : 01.58.00.40.00



**ASSISTANCE
PUBLIQUE**



**HÔPITAUX
DE PARIS**

Date : 23/05/24

Nom et Prénom du patient :

Hadjial Stéphane

Age :

ALD 30
100%

**UNITÉ DE CONSULTATIONS
ET MÉDECINE SOCIALE**

Tél. : 01.58.00.40.88

**SERVICE DE RÉADAPTATION
VASCULAIRE**

Tél. : 01.58.00.42.30

Fax : 01 58 00 49 14

Chef de Service

Pr Emmanuel MESSAS

PU-PH



Médecin

Dr Jeanne- Marie BUREAU

PH



Dr : TAZI

Fonction :

Tél. :

N° RPPS :

Renouvellement de hautes
orthèses sur mesure

HÔPITAL CORENTIN-CELTON
Service de Rééducation Vasculaire
Dr Omar TAZI
4, Parvis Corentin-Celton BP 66
92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex
Tél. : 01 58 00 42 50 - Fax : 01 58 00 42 80
RPPS : 1001498881 - N° FINESS : 920100062

Signature :