

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 TAILLANDIER KEVIN

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

numéro d'immatriculation 198119204803892

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 23 11 1998

adresse

18 Rue des Graviers , 92200 - Neuilly-sur-Seine

## ● 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 ROSSI Jean-Charles

date de prescription 22 08 2024

identifiant 921048294

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€  
Frais Port 30.00€● appareil atypique  (joindre le devis détaillé)

(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 838.94€ €

PRIX DE VENTE 838.94€ €

## 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 13 09 2024

signature



## avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical - d'ordre administratif 

- motif : .....

date

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





# Ordonnance Bizone

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

n° 14465 \* 01

22/08/2024

Identification du prescripteur  
Dr. Jean-Charles ROSSI  
N°RPPS : 10101235363

Identification de la structure  
MSP de Chaville  
11, place du Marché  
92370 Chaville  
Tel: 01 86 63 81 03

Identification du patient  
M. Kevin Isham TAILLANDIER  
N° d'immatriculation  
1981192048038 92

---

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

---

1 paire de chaussures orthopédiques

---

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

---

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).

**amelipro**

SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Podo-orthèses  
12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



**i** 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

**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 : **1981192048038**



Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**  
Exonération : **OUI**  
MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)



**SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS**

**IDENTIFIANT/MOT DE**

