

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 EYAME SAMIRA

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

numéro d'immatriculation 267029935093402

date de naissance 14 02 1967

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

125-131 AVENUE FELIX FAURE , 92000 - NANTERRE

• 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 PHILIPPE MAIRE

date de prescription 07 10 2024

identifiant 921064937

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 A, la paire LPP 2689974 735.04€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€• appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 834.02€ €

PRIX DE VENTE 834.02€ €

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 11 10 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 EYAME SAMIRA

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

numéro d'immatriculation 267029935093402

date de naissance 14 02 1967

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

125-131 AVENUE FELIX FAURE , 92000 - NANTERRE

● 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 PHILIPPE MAIRE

date de prescription 07 10 2024

identifiant 921064937

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 A, la paire LPP 2689974 735.04€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€● appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 834.02€ €

PRIX DE VENTE 834.02€ €

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 11 10 2024

signature

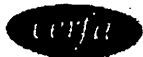
avis du médecin conseil

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

- motif :

date

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



Ordonnance bizona

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

n° 14465*01

Identification du prescripteur

(nom, prénom et identifiant)
DOCTEUR PHILIPPE MAIRE
MÉDECINE GÉNÉRALE Conventionné
29 Rue du Docteur Foucault
92000 NANTERRE - Tél. : 01 47 24 13 02
92 1 06 493 7

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

M. EYAME Samira

née le 14/02/1967

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

Le 7/10/2029

- Une paire chaussures orthopédiques sur mesure avec les orthèses plantaires.

avec nouveau moule
pour la bête.

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



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

amelipro

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



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

INFORMATIONS PATIENT

NIR :

2670299350934 

Régime : **REGIME GENERAL**

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

Autres bénéficiaires :

Sélectionne ▼

CHANGER DE PATIENT



SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE



UN PROBLÈME, UNE QUESTION?