

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 QUENTIN DAMBRINE

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

numéro d'immatriculation 283019403801414

date de naissance 23 07 2020

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

54 RUE ANATOLE FRANCE , 92290 - CHATENAY MALABRY

## • 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 DEMANTKE ANNE LISE

date de prescription 01 09 2024

identifiant 920100021

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€  
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 907.92€ €

PRIX DE VENTE 907.92€ €

## 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 14 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 QUENTIN DAMBRINE

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

numéro d'immatriculation 283019403801414

date de naissance 23 07 2020

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

54 RUE ANATOLE FRANCE , 92290 - CHATENAY MALABRY

## ● 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 DEMANTKE ANNE LISE

date de prescription 01 09 2024

identifiant 920100021

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€  
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 907.92€ €

PRIX DE VENTE 907.92€ €

## 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 14 10 2024

signature

## avis du médecin conseil

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

date

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

HÔPITAL ANTOINE-BÉCLÈRE  
157, rue de la Porte-de-Trivaux  
92141 CLAMART Cedex  
Téléphone : 01.45.37.44.44



Date : 01/09/2024  
Nom et Prénom du patient :

URGENCES  
MÉDICO-CHIRURGICALES ADULTES

Quentin DAMBRINE  
Age : 4 ans

Chef de Service  
Dr M. ANDRONIKOF



Accueil  
Tél. : 01.45.37.42.44  
Télécopie : 01.45.37.49.69

Unité Hospitalisation  
Tél. : 01.45.37.47.43

☐ Dr I. CHARY



☒ Dr A. DEMANTKE



☐ Dr F. DOUEDARI



☐ Dr A. LALMAS



☐ Dr A. LUCAS



☐ Dr B. RECHATIN



☐ Dr V. ROCHE



ALD 1006

Chaussures Orthopédiques  
sur mesure

ORDONNANCE

Dr Annelise Demantke Praticien Hospitalier  
Service Hospital Antoine Béclère  
N° RPPS  
10100163228

Signature :





**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. ✕

## 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 : **2830194038014**



Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

Autres bénéficiaires :

Sélectionner ▼

**CHANGER DE PATIENT**



**SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS**

**IDENTIFIANT/MOT DE**

**UN PROBLÈME, UNE QUESTION?**