

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 NOUREDDINE SMAT

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

numéro d'immatriculation 156089938500779

date de naissance 02 08 1956

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 15 Rue Bonnet, 92110 - Clichy

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 CAMILLE SANDRA

date de prescription 31 01 2025

identifiant 751503251

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [ ] 2ème attribution [X] 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€

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

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

date 07 02 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

date [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....



**Identification du prescripteur**  
*(nom, prénom et identifiant)***DOCTEUR SANDRA CAMILLE**

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

**Identification de la structure***(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)***16 BOULEVARD BESSIERES****75017 PARIS****=> 75 150325 1 00 1 11 1 01 n°AM****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<sup>me</sup> Sandra Camille**n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))***Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)**

(AFFECTION EXONÉRANTE)

31/11/15

o Confection de dentures sur  
même empreinte  
Palat Dicit qu'il y a 3

**Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée**

(MALADIES INTERCURRENTES)



**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 : **1560899385007**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**

## UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie [Reclamations paiements](#)



**SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS**

**IDENTIFIANT/MOT DE PASSE**