

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 EDWIGE SEAILLES

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

numéro d'immatriculation 240109211023535

date de naissance 15 10 1940

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

23 Rue Raye Tortue , 92350 - Le Plessis-Robinson

## • 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 SEBILLON ELISE

date de prescription 15 01 2025

identifiant 921207023

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€

• 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 03 03 2025

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 EDWIGE SEAILLES

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

numéro d'immatriculation 240109211023535

date de naissance 15 10 1940

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

23 Rue Raye Tortue , 92350 - Le Plessis-Robinson

## • 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 SEBILLON ELISE

date de prescription 15 01 2025

identifiant 921207023

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€

• 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 03 03 2025

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 : **2401092110235**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)



**CABINET MEDICAL**  
3, rue Pierre d'Artagnan - 92350 LE PLESSIS-ROBINSON  
Tél. : 01 46 30 18 38 - Fax : 01 46 30 29 04

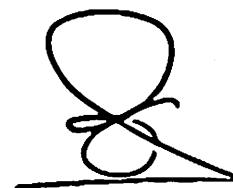
Consultations tous les jours uniquement sur rendez-vous  
par téléphone ou sur [www.doctolib.fr](http://www.doctolib.fr)

En cas d'urgence, en notre absence, composer le 15

**Le 15/01/2025**

**Melle Edwige SEAILLES**  
**84 ans**

**renouvellement d'une paire de chaussures orthopédiques  
sur mesure**



**Dr Marine BLED**  
N° RPPS 10100151926  
N° AM 921219994  
[marine.bled@medecin.mssante.fr](mailto:marine.bled@medecin.mssante.fr)

**Dr Valérie FLIPO**  
N° RPPS 10101194776  
N° AM 921044640  
[valerie.flipo@medecin.mssante.fr](mailto:valerie.flipo@medecin.mssante.fr)

**Dr Dorothée RAMBAUD**  
N° RPPS 10100910743  
N° AM 921029245  
[dorothee.rambaud@medecin.mssante.fr](mailto:dorothee.rambaud@medecin.mssante.fr)

**Dr Elise SEBILLON**  
N° RPPS 10005190763  
N° AM 921207023  
[elise.sebillon@medecin.mssante.fr](mailto:elise.sebillon@medecin.mssante.fr)

**Dr Victor VINCENT**  
N° RPPS 10100998185  
N° AM 921051967  
[victor.vincent@medecin.mssante.fr](mailto:victor.vincent@medecin.mssante.fr)

Docteur Elise Sebillon

N° RPPS  
  
10005190763

N° AM  
  
921207023