

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 DAVID MONTANES

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

numéro d'immatriculation 170099301002140

date de naissance 03 09 1970

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

67 Rue François Charles Ostin , 92700 - Colombes

● 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 HAOUDI KAMAL

date de prescription 13 03 2025

identifiant 921927745

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 757.09€
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 856.07€ €

PRIX DE VENTE 856.07€ €

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 21 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 DAVID MONTANES

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

numéro d'immatriculation 170099301002140

date de naissance 03 09 1970

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

67 Rue François Charles Ostin , 92700 - Colombes

• 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 HAUDI KAMAL

date de prescription 13 03 2025

identifiant 921927745

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 757.09€
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 856.07€ €

PRIX DE VENTE 856.07€ €

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 21 03 2025

signature



avis du médecin conseil

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

date

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

 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 : **1700993010021** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Réclamations paiements](#)



**SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS**



Dr Kamal HAUDI
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
Conventionné Honoraires libres (Secteur 2)

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Praticien hospitalier
Membre de la SOFCOT
Membre de l'association française
de la chirurgie du pied et de la cheville

67 Avenue Foch
92250 La Garenne-Colombes
secretaire.drhaoudi@gmail.com
Tél: 01 75 95 15 15 / 07 49 25 19 32

N° AM :



921927745

N° RPPS :



10100898229

Le 13 mars 2025

Prénom de naissance / Nom de naissance : David MONTANES
Né(e) le : 03/09/1970 - Sexe : H
INS : 170099301002140 (NIR)

Ordonnance de soins pédicurie

faire par orthésiste confection 2 paires de chaussures orthopédiques sur mesure

Signé via Doctolib le 13/03/2025
Kamal HAUDI

Membre d'une association de gestion agréée. Le règlement des honoraires par chèque ou carte bancaire est accepté. En cas d'urgence, contacter le 15.