

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 **Philippe WITEK**

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

numéro d'immatriculation **163087503101832**date de naissance **15 08 1963**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

98 Boulevard Camelinat , 92240 - Malakoff

• 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 **EL BOUEIZ NATHALIE**date de prescription **06 03 2025**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 833.21€
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 **932.19€** €PRIX DE VENTE **932.19€** €

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 - CACHANidentifiant **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 **04 04 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 médical

le 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 **Philippe WITEK**

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

numéro d'immatriculation **163087503101832**

date de naissance **15 08 1963**

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

98 Boulevard Camelinat , 92240 - Malakoff

• 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 **EL BOUEIZ NATHALIE**

date de prescription **06 03 2025**

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 833.21€
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 **932.19€** €

PRIX DE VENTE **932.19€** €

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

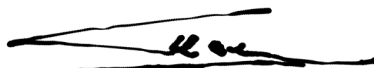
adresse **Phan & Lenoble Associés**
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) **5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6**

date **04 04 2025**

signature



avis du médecin conseil

accord ☐ refus ☐ - d'ordre médical ☐

date - d'ordre administratif ☐ - motif :

Identification du prescripteur (nom, prénom et identité) Docteur Nathalie EL BOUEIZ N° RPPS  10108422782 ADD (NUMEROUS) CLASSEUR (UF)	Identification de la structure (Personne titulaire du cabinet de rattachement et N°AM, PMSI ou SSI) HOPITAL ANTOINE DECLERE N° PMSI  920100021
--	---

INS-MDR 163087603101832



INS non signé

Identification du patient (nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (le cas échéant) et de la date de naissance) Monsieur WITIK Philippe N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e)) 1630876031018 32

Ordonnance du 08/03/2025 à 17:50

Né le 15/08/1983
 Âge de 41 ans
 Taille 184 cm

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

- Chaussures orthopédiques sur mesure avec moulage

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

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Nathalie EL BOUEIZ

Nathalie El Boueiz
 Docteur Nathalie EL BOUEIZ
 Endocrinologue
 Immatriculation - Membre titulaire
 Profession - Endocrinologue
 Tél 01 42 17 12 05
 RPPS 10108422782



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

| **amelipro**



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 : **1630875031018** 

Régime : **REGIME
GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du
jour : **OUI**

Exonération TM :
OUI

CHANGER DE PATIENT

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance
Maladie

Réclamations paiements



SÉCURISEZ VOS

CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE

PLUS D'INFORMATIONS



Le site de
l'Assurance
Maladie



Nomenclature
des actes

3608

Service gratuit + prix appel

[À propos](#) [Configuration](#) [Mentions légales](#) [CGU](#)

Accessibilité : non conforme