



# 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**

**personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)**

**• personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom **MIDEL JEAN LOUIS**

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

numéro d'immatriculation **1 5 9 0 1 7 5 0 2 9 0 4 2 5 5**

date de naissance **1 3 0 1 1 9 5 9**

*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

**49 RUE FERNAND PENA 93700 - DRANCY**

**• 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 **GIROUX STEPHANE**

date de prescription

**0 8 0 6 2 0 2 4**

identifiant **9 3 1 0 7 8 4 8 9** 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)**

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

**• 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**  
**TEL : 01 82 01 96 41**

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

date **1 7 0 6 2 0 2 4**

signature

**avis du médecin conseil**

accord

refus  - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif  - motif : .....  
.....

**Centre Municipal de Santé Henri Wallon**  
FINESS 930010236

**Dr. Stéphane GIROUX**

N° AM



931078489

N° RPPS



10003695599

**Médecine Générale**

**MIDEL JEAN LOUIS  
13/01/1959 ( 65 ans)**

**Drancy le 08/06/2024**

**PRESCRIPTION RELATIVE A L'ALD**

1 pain de choux rôti pif → son mesme

Plein





**i** 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 : **1590175029042**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

## SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)



## UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS  
CONTACTER

**3608** Service gratuit + prix appel

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

Accessibilité : non conforme