

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 KELIOUS DALILA

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

numéro d'immatriculation 267017506600493

date de naissance 02 01 1967

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

82 RUE DU MOUTIER , 93240 - STAINS

• 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 M BEMBA Jocelyne

date de prescription

17 12 2024

identifiant 750100166

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 20 12 2024

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 KELIOUS DALILA

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

numéro d'immatriculation 267017506600493

date de naissance 02 01 1967

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

82 RUE DU MOUTIER , 93240 - STAINS

• 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 M BEMBA Jocelyne

date de prescription 17 12 2024

identifiant 750100166

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 20 12 2024

signature



avis du médecin conseil

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

date

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

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Docteur Jocelyne M'BEMBA

N° RPPS



10003739603

CCH CS DIABETO C PIED

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)

CCH CS DIABETO C PIED X687

N° FINESS



750100166

INS/NIR : 267017506600493



INS non signé

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)

Madame KELIOUS Dalila

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

2670175066004 93

Ordonnance du 17/12/2024 à 10:22

Née le 02/01/1967

Agée de 57 ans

Taille : 164 cm

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

1 paire de chaussure sur mesure avec moulage sur mesure

pied diabétique avec déformation

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)~~Ordonnance validée électroniquement par Docteur Jocelyne M'BEMBA~~



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 : **2670175066004** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

[CHANGER DE PATIE](#)

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Rédiger des informations paiements](#)