

# 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 **SOW AMINATA**

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

numéro d'immatriculation **282059933600483**

date de naissance **18 05 1982**

*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  
**17 Allée Faidherbe , 93190 - Livry-Gargan**

**• 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 **ZAHI Redoine**

date de prescription

**13 12 2024**

identifiant **930021480** 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 735.04€

**• appareil atypique  (joindre le devis détaillé)**  
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT **735.04€**

PRIX DE VENTE **735.04€** €

## 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**

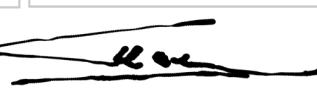
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

raison sociale **Phan & Lenoble Associés**  
 adresse **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 0 1 6**

date **17 01 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)*

**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 **SOW AMINATA**

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

numéro d'immatriculation **282059933600483**

date de naissance **18 05 1982**

*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  
**17 Allée Faidherbe , 93190 - Livry-Gargan**

**• 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 **ZAHI Redoine**

date de prescription

**13 12 2024**

identifiant **930021480** 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 735.04€

**• appareil atypique  (joindre le devis détaillé)**  
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

**BASE DE REMBOURSEMENT** **735.04€**

**PRIX DE VENTE** **735.04€** €

## 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**

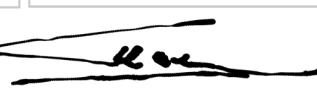
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

raison sociale **Phan & Lenoble Associés**  
 adresse **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 0 1 6**

date **17 01 2025**

signature



## avis du médecin conseil

accord

refus  - d'ordre médical

date

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



SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Podo-  
orthèses  
12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



**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.

## ACTIVITÉS

Mes services paiements

Commande d'imprimés

## SERVICES PATIENTS

**i** 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 **2820599336004** :

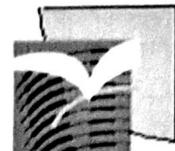
Régime :  
**REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**  
Exonération TM : **OUI**

CHANGER DE PATI

**Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique**



Centre Hospitalier Intercommunal  
**Le Raincy-Montfermeil**

**Dr Redoine ZAHI**  
Ancien Interne  
des Hôpitaux de Paris  
Ex. Chef de Clinique  
à la Faculté de Paris  
Chirurgie du Rachis  
Attaché à l'Hôpital Beaujon  
Praticien hospitalier

Nom : *S. W.*  
Prénom : *Amrath*

Montfermeil le,

*13 72 24*

**Secrétariat : 01.41.70.81.06**  
Fax : 01.41.70.83.56

Consultation  
Publique : 01.41.70.82.48

Faire réaliser

**1 paire de chaussures orthopédiques su mesure**

Docteur ZAHİ Rédoine

Docteur Rédoine ZAHİ  
Praticien Hospitalier  
Consultation  
Chirurgie Orthopédique  
RPPS 10100238939 - FINES 93 0 02148 0