

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 **ATTOU MOHAMED**

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

numéro d'immatriculation **110079304822354**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)date de naissance **28 07 2010**

adresse

2 RUE PAUL VAILLANT COUTURIER , 93130 - NOISY LE SEC

● assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom **HALIMA ATTOU**

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

numéro d'immatriculation **281089935078843**

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 **WATT Fatimata**date de prescription **09 01 2025**identifiant **931107007**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 **24 01 2025**signature 

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical - d'ordre administratif

- motif :

date

Noisy-le-Sec, le 09/01/2025

Identification du prescripteur

Dr FATIMATA WATT

N° AM : 931704787 N° RPPS : 10004077391

Identification de la structure

Groupe médical Jeanne d'Arc
43 Rue Anatole France
93130 Noisy-le-Sec

Identification du patient

M. ATTOU Mohamed, né(e) ATTOU Mohamed, né(e) le 28/07/2010 (14 ans)

N° d'immatriculation : 281089935078843

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

RENOUVELLEMENT CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES SUR MESURE

1 PAIRE

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

Signé via Doctolib le 09/01/2025
Fatimata WATT-DIENG



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



! Dans le cadre d'une opération technique, les notifications emails amelipro seront indisponibles le 22/01 entre 13h30 et 17h00. Nous vous prions de bien vouloir nous excuser pour la gêne occasionnée. **X**

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**

INFORMATIONS ?
PATIENT

NIR : **2810899350788**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

Autres bénéficiaires

Sélectio ▼

et ALD

Identifiez-vous par
carte CPS

CHANGER DE PATI

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie pour des informations 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