

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 AYDIN DEMIRCIUGLU

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

numéro d'immatriculation 167109920829040

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 10 10 1967

adresse

3 Rue Berthe Morisot APPARTEMENT 23 , 93370 - Montfermeil

## ● 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 ZAHY Redoine

date de prescription 07 01 2025

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 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 &amp; 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 31 01 2025

signature



## avis du médecin conseil

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

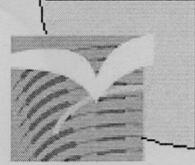
- motif : .....

date



Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique

Centre Hospitalier Intercommunal  
Le Raincy-Montfermeil



Dr Redoine ZAHY  
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 :  
Prenom :

DEONACROU  
AZOLIN

Montfermeil le,

07/07/25

Secrétariat : 01.41.70.81.06  
Fax : 01.41.70.83.56

Consultation  
Publique : 01.41.70.82.48

1 paire de chaussures orthopédiques

(sur mesure sur  
nouveau)

Docteur ZAHY Rédoine

GHI LE RAINCY MONTFERMEIL  
Docteur Rédoine ZAHY  
Praticien Hospitalier  
Pôle Chirurgie  
Service de Chirurgie Orthopédique  
N° RPPS: 1011022300309 - N° FINESS: 93 0 02148 0



SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Pod-  
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 : **1671099208290**

Régime :  
**REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI

## 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