

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

VOLET 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de réception :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom DIABY SORIBA

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

numéro d'immatriculation 149049934181990

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 12 04 1949

adresse 5 RUE LEOPOLD RECHOSSIERE , 93300 - AUBERVILLIERS

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non [ ]

accident du travail ou maladie professionnelle [ ] date [ ] autre [ ]

identification du prescripteur

nom et prénom TAZI date de prescription 13 02 2025

identifiant 920100062 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [ ] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [X] 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 833.21€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ € PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 06 03 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ]

date [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....

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

date de réception :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom DIABY SORIBA

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

numéro d'immatriculation 149049934181990

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 12 04 1949

adresse 5 RUE LEOPOLD RECHOSSIERE , 93300 - AUBERVILLIERS

● 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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non [ ]

accident du travail ou maladie professionnelle [ ] date [ ] autre [ ]

● identification du prescripteur

nom et prénom TAZI date de prescription 13 02 2025

identifiant 920100062 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

● position de la demande

1ère attribution [ ] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [X] 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 833.21€

● appareil atypique [ ] (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ € PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 06 03 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....

date



**CORENTIN CELTON**

4, parvis Corentin Celton  
92130 Issy les Moulineaux  
Tél. : 01 58 00 40 00

N° FINESS



920100062

Date :

13/2/25

Nom et Prénom du patient :

Dialy Soriba

Age :

ACD 30  
100%

**SERVICE DE RÉADAPTATION  
VASCULAIRE**

Tél. : 01 58 00 42 30  
Fax : 01 58 00 49 14

Chef de Service

**Pr Emmanuel MESSAS**  
PU-PH

N° RPPS



10003744793

Renouvellement de (dossier)  
orthopédiques sur mesure

Médecin

**Dr Jeanne-Marie BUREAU**  
PH

N° RPPS



10001438513

Médecin

**Dr Omar TAZI**  
PH

N° RPPS



10001498681

**HÔPITAL CORENTIN-CELTON**

Service de Rééducation Vasculaire  
Dr Omar TAZI

4, Parvis Corentin-Celton BP 66  
92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex  
Tél. : 01 58 00 42 50 - Fax : 01 58 00 42 80  
RPPS : 1001498681 - N° FINESS : 920100062

Médecin

**Dr Imrane BERDOUZI**  
PH

N° RPPS



10101375367

Signature :





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

amelipro



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 : **1490499341819**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

Autres bénéficiaires

Sélectionner ▼

**CHANGER DE PATIENT**

## UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [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