

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 GONCALVES-MARINHO CLAIRE ISABELLE

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

numéro d'immatriculation 268079302906821

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 29 07 1968

adresse 11 ALLEE DE SYCOMORES, 93140 - BONDY

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 JABER YAHYA date de prescription 01 04 2025

identifiant 930100045 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 n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 04 04 2025 signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom GONCALVES-MARINHO CLAIRE ISABELLE

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

numéro d'immatriculation 268079302906821

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 29 07 1968

adresse 11 ALLEE DE SYCOMORES , 93140 - BONDY

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 JABER YAHYA date de prescription 01 04 2025

identifiant 930100045 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 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 04 04 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



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 : **2680793029068**

Régime :
REGIME GENERAL

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance

Réclamations

maladie

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

<p align="center">Identification du prescripteur <i>(nom, prénom et identifiant)</i></p> <p align="center">Docteur Yahya JABER</p> <p>N° RPPS  10100430569</p> <p align="center">JVR ENDOCRINO DIABETO</p>	<p align="center">Identification de la structure <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</i></p> <p align="center">HOPITAL JEAN VERDIER</p> <p>N° FINESS  930100045</p>
--	---

INS/NIR : 268079302906821



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 GONCALVES MARINHO Claire

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

2 6 8 0 7 9 3 0 2 9 0 6 8 2 1

Ordonnance du 01/04/2025 à 09:58

Née le 29/07/1968
Agée de 56 ans
Taille : 160 cm

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

confection d'une paire de chaussures orthopédiques sur mesure pour pied de Charcot bilatéral avec barre de déroulement montante scratch décharge d'une lésion pied droit et décharge de la styloïde du 5 pied gauche

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

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Yahya JABER

HOPITAL JEAN VERDIER
AVENUE DU 14 JUILLET - 93143 BONDY CEDEX
SERVISE DU P. VALENSI
ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE-NUTRITION
Dr JABER Yahya
PHC