

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 **SOUAD MAHTALI**

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

numéro d'immatriculation **269029935282946**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 **07 02 1969**

adresse

**4 Rue du Pressoir , 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 **LE LAY MARTIN**date de prescription **27 02 2025**identifiant **931064182**

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€  
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€  
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€● appareil atypique  (joindre le devis détaillé)  
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)BASE DE REMBOURSEMENT **932.19€** €PRIX DE VENTE **932.19€** €

## 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**

raison sociale

adresse **Phan & Lenoble Associés**  
**Centre de Podo-Orthèse Appliquée**  
**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

## 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 :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom SOUAD MAHTALI

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

numéro d'immatriculation 269029935282946

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 07 02 1969

adresse 4 Rue du Pressoir, 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 LE LAY MARTIN date de prescription 27 02 2025

identifiant 931064182 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€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 932.19€ € PRIX DE VENTE 932.19€ €

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 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 : **2690299352829**

Régime :  
**REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

CHANGER DE PATI

## UNE DEMANDE ?

[Contacter 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

# Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

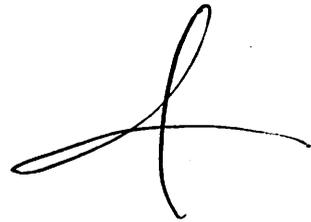
<b>Identification du prescripteur</b> <i>(nom, prénom et identifiant)</i>  	<b>Docteur</b>	<b>Martial LE LAY</b> <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)</i> 6 - 10 Vieux Chemin de Meaux 93160 LIVRY GARGAN Tél : 01 43 30 07 42 93 1 06418 2
--	----------------	---

<b>Identification du patient</b> <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)</i> MATHALI Savad <i>n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))</i> 	
---	--

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

27 2 25

renouvellement de  
 Chaussures orthopédiques sur  
 mesure sur moulages.



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