

# 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 :

\_\_\_\_\_

## personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

### ● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **JACQUES PRIMAULT**

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

numéro d'immatriculation **145033528100553**

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 **27 03 1945**

adresse  
**163 Rue de Paris , 93260 - Les Lilas**

### ● 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 **EL FEKIH ZOUHOUR**

date de prescription **24 04 2025**

identifiant **930100037**

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 **25 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 JACQUES PRIMAULT

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

numéro d'immatriculation 145033528100553

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 27 03 1945

adresse 163 Rue de Paris , 93260 - Les Lilas

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 EL FEKIH ZOUHOUR date de prescription 24 04 2025

identifiant 930100037 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [X] 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 25 04 2025 signature [Signature]

avis du médecin conseil

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



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 : **1450335281005**

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

**partie à compléter par l'assuré(e)**

- **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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

numéro d'immatriculation | 1 | 4 | 5 | 0 | 3 | 3 | 5 | 2 | 8 | 1 | 0 | 0 | 5 | | 5 | 3 |

*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 | 2 | 7 | 0 | 3 | 1 | 9 | 4 | 5 |

adresse **163 RUE DE PARIS  
93260 LES LILAS**

- **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

- **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée | | | | | | | | | | service : **AVC ENDOCRINOLOGIE**

- **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**

oui  date | | | | | | | | | | non **partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil**

DT2 compliqué d'une plaie avec déformation du pied creux et orteils en griffes

**identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom

**EL FEKIH Zouhour**

raison sociale

**HOPITAL AVICENNE**

adresse

**125, rue de Stalingrad  
93000 BOBIGNY**

identifiant

n° structure

*(AM, FINESS ou SIRET)* **9 3 0 1 0 0 0 3 7**

date

| 2 | 4 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 5 |

signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

partie à compléter par l'assuré(e)

● **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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

numéro d'immatriculation | 1 | 4 | 5 | 0 | 3 | 3 | 5 | 2 | 8 | 1 | 0 | 0 | 5 | | 5 | 3 |

date de naissance | 2 | 7 | 0 | 3 | 1 | 9 | 4 | 5 |

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)

adresse **163 RUE DE PARIS**  
**93260 LES LILAS**

● **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

● **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée service : **AVC ENDOCRINOLOGIE**

● **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**

oui  date non

partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soulever les volets 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet 3)

● **conditions de prise en charge de l'appareillage**

maladie  soins en rapport avec une ALD : oui  non  soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.212-1) oui  non

accident du travail ou maladie professionnelle  date autre

● **type d'appareil**

prothèse membre supérieur  prothèse membre inférieur   
 orthèse membre supérieur  orthèse membre inférieur  orthèse tronc   
 prothèse oculaire et maxillo-faciale  podo-orthèses  appareil atypique sur devis   
 (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

● **nature de l'appareil**

définitif  provisoire  renouvellement  réparation

● **descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)**

Paire de chaussure orthopedique sur moulages

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom <b>EL FEKIH Zouhour</b>	raison sociale <b>HOPITAL AVICENNE</b>
identifiant	adresse <b>125, rue de Stalingrad 93000 BOBIGNY</b>
	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) <b>9 3 0 1 0 0 0 3 7</b>

date | 2 | 4 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 5 | signature