

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 SAID AHMED SAID MOHAMED

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

numéro d'immatriculation 1650899397050

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 11 08 1965

adresse

3 RES LA PLEINE 70 RUE JEAN LURCAT , 94800 - VILLEJUIF

● 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 TAZI

date de prescription 30 01 2025

identifiant 920100062

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 & 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Date : 30/01/25
Nom et Prénom du patient :

Said Ahmed Sid P...
(Handwritten signature)

Age :

ALD 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

Renouveau de chaussures
orthopédiques sur mesure

N° RPPS

10003744793

Médecin
Dr Jeanne-Marie BUREAU
PH

N° RPPS

10001438513

Médecin
Dr Omar TAZI
PH

N° RPPS

10001498681

Médecin
Dr Imrane BERDOUZI
PH

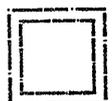
N° RPPS

10101375367

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° FINISS : 920100062

(Handwritten signature)

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 : **1650899397050** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

Autres bénéficiaires

Sélectionn 

CHANGER DE PATIE

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie [Renseignements paiements](#)