

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 BOUYACHOU HOURIA

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

numéro d'immatriculation 263049938202087

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 02 04 1963

adresse 2 RUE ALICE MILIA , 94110 - ARCUEIL

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 WUCHER HELENE date de prescription 16 02 2025

identifiant 921021093 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 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 07 02 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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



**Docteur Hélène WUCHER**  
ENDOCRINOLOGIE  
DIABETOLOGIE - NUTRITION  
helene.wucher@medical92.apicrypt.org  
4bis rue d'Estienne d'Orves  
92120 MONTROUGE  
Tél.: 01.40.92.82.59

**Mme HOURIA BOUYACHOU**  
47 avenue Aristide Briand (Chez Lapeyre)

94117 ARCUEIL CEDEX

2630499382020/87

N  RPPS



10100172096

N  AM



921021093

Age : 61 ans

Poids : 70.80 Kg

---

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

---

- 1) Confection de chaussures orthopédiques sur mesure**  
sur moulages  
pour pieds diabétiques
- 

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

---

**Dr. WUCHER HELENE**



**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 : **2630499382020**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

Autres bénéficiaires

Sélectionner ▼

[CHANGER DE PATIENT](#)

## UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Réclamations paiements](#)



**SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS**

**IDENTIFIANT/MOT DE PASSE**

[Télécharger le pdf](#)



## PLUS D'INFORMATIONS



[Le site de l'Assurance Maladie](#)



[Nomenclature des actes](#)