

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 **SERVE-CATELIN MARYVONNE**

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

numéro d'immatriculation **258097507308085** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 **13 09 1958** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adresse
4 RUE MONTESQUIEU APT 132 , 94120 - FONTENAY SOUS BOIS

● 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 **AISSAT OUARDIA** date de prescription **08 01 2025** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

identifiant **940010119** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 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** raison sociale
67 PODO-ORTHESE adresse **Phan & Lenoble Associés**
CONVENTIONNE **Centre de Podo-Orthèse Appliquée**
12 RUE MIRABEAU **12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN**
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 :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom SERVE-CATELIN MARYVONNE

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

numéro d'immatriculation 258097507308085

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 13 09 1958

adresse 4 RUE MONTESQUIEU APT 132 , 94120 - FONTENAY SOUS BOIS

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 AISSAT OUARDIA

date de prescription 08 01 2025

identifiant 940010119

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

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 [Signature]

avis du médecin conseil

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

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



MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

INFORMATIONS PATIENT



NIR : **2580975073080**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **NON**

[CHANGER DE PATIENT](#)

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)



3608 Service gratuit + prix appel

Centres Municipaux de Santé

N° unique: 01 49 74 76 56

CMS Emile Roux

24, Rue Emile Roux
94120 Fontenay-sous-bois
Finess: 940010119

CMS Transitoire

7, Allée Maxime Gorki
94120 Fontenay-sous-bois
Finess: 940010457

Docteur OUARDA AISSAT

Médecine Générale
10100832947

Le 08/01/2025

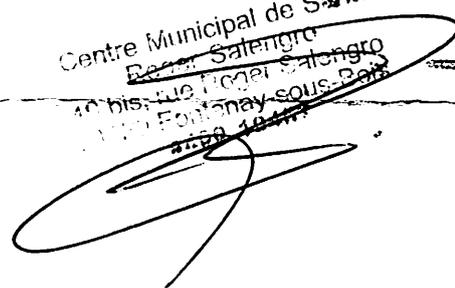
Madame MARYVONNE SERVE-CATELIN

Né.e le 13/09/1958

Une paire de chaussure orthopédique

Indication : Inégalité des membres inférieurs

Centre Municipal de Santé
Rue Roger Salengro
10 bis, rue Roger Salengro
94120 Fontenay-sous-Bois
01 49 74 76 56



e-prescription:
N°03XSCWTB18A2BHUN7G

Le patient ou le ou les titulaires de l'autorité parentale, a (ont) accepté que je puisse consulter ce qui lui a été délivré par la pharmacie sur la présente prescription : Oui.

Les données de la prescription sont transmises électroniquement à l'assurance maladie qui traite vos données dans le cadre de ses missions. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à <https://www.ameli.fr>.

En cas d'urgence : Contacter le 15 (SAMU)