

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 MATHIEU GIORDANI

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

numéro d'immatriculation 150047511443823

date de naissance 18 04 1950

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

4 RUE ROGER SALENGRO , 94260 - FRESNES

• 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 JOCELYNE M'BEMBA

date de prescription 01 04 2025

identifiant 750100166

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 ☐- d'ordre administratif ☐ - motif :date

demande d'accord préalable
pour grand appareillage

(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 2

à adresser et à conserver
au service médicalle 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 MATHIEU GIORDANI

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

numéro d'immatriculation 150047511443823

date de naissance 18 04 1950

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

4 RUE ROGER SALENGRO , 94260 - FRESNES

• 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 JOCELYNE M'BEMBA

date de prescription

01 04 2025

identifiant 750100166

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

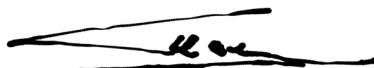
adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

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 ☐- d'ordre administratif ☐

- motif :

date

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

n° 14465*01

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

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Docteur Jocelyne M'BEMBA

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)

CCH CS DIABETO C PIED X687

N° RPPS



10003739603

CCH CS DIABETO C PIED

N° FINESS



750100166

INS/NIR : 150047511443823



INS non signé

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

Monsieur GIORDANI Mathieu

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

1500475114438 23

Ordonnance du 01/04/2025 à 11:41

Né le 18/04/1950

Agé de 74 ans

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

1 paire de chaussure sur mesure avec moulage sur mesure

pied déformé avec neuropathie

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

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Jocelyne M'BEMBA

Centre Pied diabétique
Hôpital - Service de diabétologie
CHU de la Pitié-Salpêtrière
157, rue de la Harpe - Hôtel Dieu
75014 Paris
N° FINESS : 750100166



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

| ameli**pro**



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 : **1500475114438** 

Régime : **REGIME
GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du
jour : **OUI**

Exonération TM :
OUI

CHANGER DE PATIENT

UNE DEMANDE ?

Contactez 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