

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 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de réception :

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 1	5 jours,
à compter de la date de réception, équivaut à un ac	

nom et prénom CLAUDE ALICE (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (faculturif et s'il y a lieu)) numéro d'immatriculation 281059549101343 nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les non salaries) adresse 2 AVE DU PRESIDENT WILSON , 95260 - BEAUMONT SUR OISE • assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n' est pas l' assurè(e)) nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (faculturif et s'il y a lieu)) numéro d'immatriculation partic 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 did accident du prescripteur nom et prénom HOTTOIS DOMINIQUE date de prescription 14 02 2025 date de prescription de la demande lère attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement re	personne bénéficiaire de personne bénéficiaire de personne bénéficiaire de l'appareillage	l'appareillage et assuré(e)			
numéro d'immatriculation 281059549101343 muméro d'immatriculation 281059549101343 muméro d'immatriculation 381059549101343 muméro d'immatricula					
date de naissance 03 05 1981	(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))				
adresse 2 AVE DU PRESIDENT WILSON , 95260 - BEAUMONT SUR OISE ■ assuré(c) (a remplir et la personne qui bénéficie de l'appareillage n' est par l'assuré(c)) nome et prénom partie à compléter par le fournisseur conditions de prise en charge de l'appareillage maladie soins en rappont avec une ALD: oui nome d'appareillage date autre	numéro d'immatriculation 281059549101343	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)			
assuré(c) (or compler la la personne qua bindificie de l'appareillage n'est pas l'assuré(c)) numero d'immatriculation partic à compléter par le fournisseur	date de naissance 03 05 1981				
nome of prénom nome de prénom nome de prénom nome de prescription nome de prescrip		EAUMONT SUR OISE			
muméro d'immatriculation	• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas	l'assuré(e))			
numéro d'immatriculation partic à compléter par le fournisseur	1				
partic a 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 autre					
accident du travail ou maladie					
maladie soins en rapport avec une ALD: oui non accident du travail ou maladie professionnelle date autre autre date de prescription du prescripteur nom et prénom HOTTOIS DOMINIQUE date de prescription 14 02 2025		éter par le fournisseur			
identification du prescripteur nom et prénom HOTTOIS DOMINIQUE identifiant 950001800 n° structure (AM, FINESS on SIRET) position de la demande lère attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement réparation manuéro 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€ papareil atypique (joindre le devis détaillé)	maladie x soins en rapport avec une ALD: oui x non				
nom et prénom HOTTOIS DOMINIQUE identifiant 950001800 n° structure (AM, FINESS on SIRET) position de la demande lère attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement réparation muméro 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 raison sociale adresse Phan & Lenoble Associés Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN 94230 - CACHAN 94230 - CACHAN 94230 - CACHAN 106 03 2025 signature 106 03 2025 signature 107 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 0	accident du travail ou maladie professionnelle date	autre			
position de la demande Per attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement x réparation numéro de l'appareil	• identification du prescripteur				
Position de la demande dere attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement réparation muméro de l'appareil	nom et prénom HOTTOIS DOMINIQUE	date de prescription 14 02 2025			
1ère attribution	identifiant 950001800 n° structure	(AM, FINESS ou SIRET)			
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	• position de la demande				
PRIX DE VENTE 833.21€ appareil atypique (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 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 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN 14230 - CACHAN 1430 - CACHAN 1500 - CACH	1ère attribution 2ème attribution appareil provisoire renouvellement reparation repara				
appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 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 date 06 03 2025 avis du médecin conseil	• références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation d	• •			
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 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 date 06 03 2025 signature signatur	Chaussure Orthopédique sur mesure, de	classe B, la paire LPP 2620400 833.21€			
BASE DE REMBOURSEMENT 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 date 06 03 2025 Signature PRIX DE VENTE 833.21€ € 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 0 1 6 avis du médecin conseil	• appareil atypique (joindre le devis détaillé)				
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 date 06 03 2025		PRIX DE VENTE 833.21€ €			
67 PODO-ORTHESE CONVENTIONNE 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1 date 06 03 2025 avis du médecin conseil	identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce				
avis du médecin conseil	67 PODO-ORTHESE CONVENTIONNE 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN	Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN			
avis du médecin conseil	date 06 03 2025 signature	- Way			
— d'ordre médical					
accord refus - d'ordre médical	avis du	médecin conseil			
	accord refus	- d'ordre médical			
date - d'ordre administratif - motif:	date	- d'ordre administratif			



date

06 03 2025

demande d'accord préalable pour grand appareillage

VOLET 2 à adresser et à conserver

n° 11164*04	(articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 d	lu Code de la sécurité socia	au service médical	
1	e défaut de réponse de l'organisme,		date de récention ·	
10	à compter de la date de réception.			
1.7.70	personne bénéficiaire de l'	appareillage et assuré(e		
personne bénéficiaire				
nom et prénom CLAUD	DE ALICE , suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))			
numéro d'immatriculation		T	nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de	
	201039349101343		nutualiste (pour les salaries) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)	
date de naissance	03 05 1981			
adresse 2 AVE DU PRESI	DENT WILSON , 95260 - BE	AUMONT SUR OI	SE	
• assuré(e) (à remplir si la j	personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'a	assuré(e))		
nom et prénom				
7	, suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))			
numéro d'immatriculation				
• conditions de prise	partie à compléte en charge de l'appareillage	er par le fournisseur		
	pport avec une ALD : oui non [
accident du travail ou i	maladie professionnelle date		autre	
• identification du pr	escripteur			
nom et prénom HOTT	OIS DOMINIQUE	date de prescription	14 02 2025	
identifiant 950001800 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)				
 position de la dema 		,		
	ae attribution appareil provisoire	renouvellement X réj	paration	
• références L.P.P. de	e l'appareil (codes et désignation des	s fournitures)		
Chaussure Orth	opédique sur mesure, de cl	asse B. la paire I	PP 2620400 833 21€	
	opeaique sui mesure, de el		2020 100 033.210	
	(joindre le devis détaillé)			
(art. R. 165-25 du Code BASE DE REMBOURSE			PRIX DE VENTE 833.21€ €	
BASE DE REMBOURSE	-			
	identification du fournisseur	et de la structure dans	laquelle il exerce	
nom et prénom SARL	PHAN LENOBLE ASSOCIES	raison sociale adresse Phan & Ler	achla Associás	
	DO-ORTHESE			
	'ENTIONNE		Podo-Orthèse Appliquée	
	JE MIRABEAU	12, rue Mir	abeau - 94230 CACHAN	
94230	0 - CACHAN	nº atmotura		
identifiant 942	6 3 1 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9	98690000016	

ll on avis du médecin conseil - d'ordre médical accord refus - d'ordre administratif - motif:..... date

signature

Dr. HOTTOIS Dominique Médecin - Coordonnateur

RPPS: 10001302198

MAS ODETTE SAVAGE - 29, rue Taillepied - 95200 SARCELLES

Nom de naissance : CLAUDE

Nom utilisé:

Prénom(s) de naissance : Alice Pauline

Prénom utilisé:

Date de naissance : 03/05/1981 - 43 ans

Sexe: Femme

Lieu de naissance (code INSEE): 95491 N° matricule INS : 2810595491013 48 [NIRI



Mme. CLAUDE Alice, Pauline

Chambre: REZ DE CHAUSSÉE > OCRE > 7 CPAM DU VAL D'OISE - 2 81 05 95 491 013 | 43 Méd. traitant : Dr. HOTTOIS Dominique

Poids: 80,1 kg (03/10/2024)

ORDONNANCE

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

Du 14/02/2025 au 14/02/2026 soit une durée de 12 mois Chaussures orthopédiques

Prescriptione SANS RAPPORT avec l'effection de longue durée reconnue (MALADIES INTERCURRENTES)

Commentaire

Renouvellement d'une paire de chaussure Orthopédiques

À renouveler : non

Fait: 14/02/2025 à 16h36

Signature:

Imprimé le 14/02/2025 à 16h36 Pélérencé Ségur - MS1 DUI PA/PH/DOM Version 24

Page: 2/2



amelipro





En raison des incidents de sécurité d'opérateurs de complémentaire, soyez vigilants 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 **2810595491013**

Régime: **REGIME**

GENERAL

MT: OUI

Droits à date du jour: **OUI**

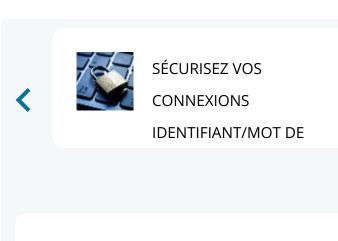
Exonération TM:

OUI

CHANGER DE PATIEN

UNE DEMANDE?

Contacter l'Assurance Maléculaenations paiements



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