

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 DE SOUSA CHRISTINA

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

numéro d'immatriculation 268069913986514

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 06 1968

adresse MAS ODETTE SAVAGE 29 RUE TAILLEPIED , 95200 - SARCELLES

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 HOTTOIS DOMINIQUE date de prescription 14 02 2025

identifiant 950001800 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 06 03 2025

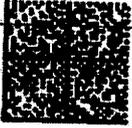
signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

Dr. HOTTOIS Dominique
Médecin - Coordonnateur
RPPS : 10001302198 

MAS ODETTE SAVAGE - 29, rue Taillepie - 95200 SARCELLES
Mrs. OLIVEIRA DE SOUSA Cristina, Maria
Nom de naissance : OLIVEIRA DE SOUSA
Nom utilisé :
Prénom(s) de naissance : Cristina Maria
Prénom utilisé :
Date de naissance : 02/06/1968 - 56 ans
Sexe : Femme
Lieu de naissance (code INSEE) : 99139
N° matricule INS : 2680699139865 14 [NIR] 

Chambre : REZ DE CHAUSSÉE > BLEUE > 8
CPAM DU VAL D'OISE - 2 68 06 99 139 865 | 14
Méd. traitant : Dr. HOTTOIS Dominique
Poids : 87,5 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

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

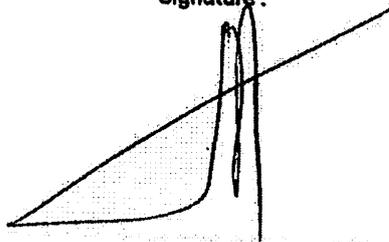
Commentaire

Renouvellement d'une paire de chaussure Orthopédiques

À renouveler : non

Fait : 14/02/2025 à 16h37

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 : 2680699139865

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Informations 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