

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom PINEAU CHRISTOPHE

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

numéro d'immatriculation 182012813407917

date de naissance 16 01 1982

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
MAS SARCELLES 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 soins en rapport avec une ALD : oui 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 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

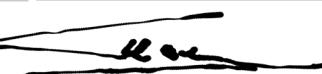
identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1

raison sociale Phan & Lenoble Associés
adresse 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

date 06 03 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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom PINEAU CHRISTOPHE

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

numéro d'immatriculation 182012813407917

date de naissance 16 01 1982

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
MAS SARCELLES 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 soins en rapport avec une ALD : oui 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 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 Phan & Lenoble Associés
adresse 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

date 06 03 2025

signature



avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

date

Dr. HOTTOIS Dominique

Médecin - Coordonnateur

RPPS : 10001302198



Chambre : REZ DE CHAUSSÉE > BLEUE > 4
CPAM DU VAL D'OISE - 1 82 01 28 134 079 | 17
Méd. traitant : Dr. HOTTOIS Dominique
Poids : 48,5 kg (03/10/2024)

MAS ODETTE SAVAGE - 29, rue Tailleplei - 95200 SARCELLES

M. PINEAU Christophe, Michel, Jacky

Nom de naissance : PINEAU

Nom utilisé :

Prénom(s) de naissance : Christophe Michel Jacky

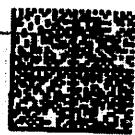
Prénom utilisé :

Date de naissance : 16/01/1982 - 43 ans

Sexe : Homme

Lieu de naissance (code INSEE) : 28134

N° matricule INS : 1820128134079 17 [NIR]



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 16h41

Signature :

i 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. **X**
En cas de difficulté, vous pouvez contacter le 3608.

ACTIVITÉS

[Mes services paiements](#)

[Commande d'imprimés](#)

SERVICES PATIENTS

i 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 **1820128134079** 
:

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **NON**

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

CHANGER DE PATIENT

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

[Demandes 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