

# 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 **DUHAULT MARC**

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

numéro d'immatriculation **162127504303460**

date de naissance **25 12 1962**

*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  
**108 rue du 18 juin , 95120 - Ermont**

**• 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 **TAZI** date de prescription **13 02 2025**

identifiant **920100062** 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**

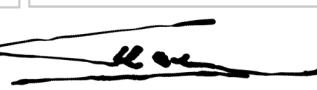
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

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

# 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 **DUHAULT MARC**

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

numéro d'immatriculation **162127504303460**

date de naissance **25 12 1962**

*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  
**108 rue du 18 juin , 95120 - Ermont**

**• 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 **TAZI** date de prescription **13 02 2025**

identifiant **920100062** 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**

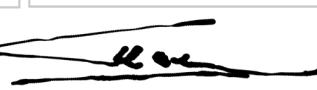
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

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 : .....  
.....



CORENTIN CELTON

4, parvis Corentin Celton  
92130 Issy les Moulineaux  
Tél. : 01 58 00 40 00

N° FINESS



920100062

SERVICE DE RÉADAPTATION  
VASCULAIRE

Tél. : 01 58 00 42 30  
Fax : 01 58 00 49 14

Chef de Service  
Pr Emmanuel MESSAS  
PU-PH

N° RPPS



10003744793

Médecin  
Dr Jeanne-Marie BUREAU  
PH

N° RPPS



10001438513

Médecin  
Dr Omar TAZI  
PH

N° RPPS



10001498681

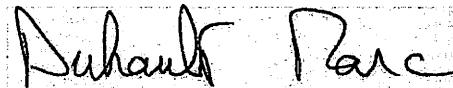
Médecin  
Dr Imrane BERDOUZI  
PH

N° RPPS



10101375367

Date : 13/12/25  
Nom et Prénom du patient :



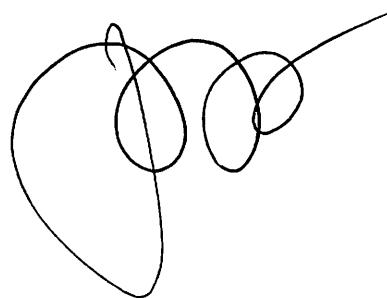
Age :

ALD 30

100 3

Renouvellement de chaussure  
orthopédique sur mesure

HÔPITAL CORENTIN-CELTON  
Service de Rééducation Vasculaire  
Dr Omar TAZI  
4, Parvis Corentin-Celton BP 66  
92133 ISSY-LES-MOULINEAUX Cedex  
Tél. : 01 58 00 42 50 - Fax : 01 58 00 42 80  
N° RPPS : 1001498681 - N° FINESS : 920100062



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 **1621275043034**   
:

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM :  
**OUI**

**CHANGER DE PATIEN**

## UNE DEMANDE ?

Contacter l'Assurance Maladie



SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS  
IDENTIFIANT/MOT DE



## PLUS D'INFORMATIONS



Le site de l'Assurance Maladie



Nomenclature des actes

[À propos](#) [Configuration](#) [Mentions légales](#) [CGU](#)

**3608**

Service gratuit + prix appel

Accessibilité : non conforme