

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 NOLLET WILLIAM

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

numéro d'immatriculation 198039307201219

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 01 03 1998

adresse 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

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

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

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 06 03 2025 signature

avis du médecin conseil

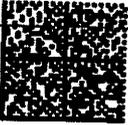
accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....

date



Dr. HOTTOIS Dominique  
Médecin - Coordonnateur  
RPPS : 10001302198 

MAS ODETTE SAVAGE - 29, rue Taillepie - 95200 SARCELLES  
M. NOLLET William  
Nom de naissance : NOLLET  
Nom utilisé :  
Prénom(s) de naissance : William  
Prénom utilisé :  
Date de naissance : 01/08/1998 - 26 ans  
Sexe : Homme  
Lieu de naissance (code INSEE) : 93072  
N° matricule INS : 1980393072012 19 [NIR]



Chambre : Sortie temporaire  
CPAM DE PARIS - 1 98 03 93 072 012 | 19  
Méd. traitant : Dr. HOTTOIS Dominique  
Poids : 47,5 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 16h40  
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. **X**  
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 : **1980393072012** 

Régime : **M.G.E.N.**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**

## UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie [Régime](#) 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