

# 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 **CZABADAY LYDIA**

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

numéro d'immatriculation **259125917812240**

date de naissance **20 12 1959**

*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  
**14 RUE DU ROYAUME , 91440 - BURE SUR YVETTE**

**• 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 **FLORENCE AGOGUE**

date de prescription

**05 11 2024**

identifiant **911003325**

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 A, la paire LPP 2689974 735.04€

**• appareil atypique  (joindre le devis détaillé)**  
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

**BASE DE REMBOURSEMENT 735.04€**

**PRIX DE VENTE 735.04€** €

**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**

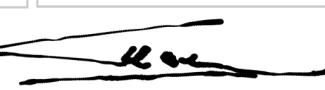
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

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 **20 12 2024**

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 **CZABADAY LYDIA**

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

numéro d'immatriculation **259125917812240**

date de naissance **20 12 1959**

*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  
**14 RUE DU ROYAUME , 91440 - BURE SUR YVETTE**

**• 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 **FLORENCE AGOGUE**

date de prescription

**05 11 2024**

identifiant **911003325** 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 A, la paire LPP 2689974 735.04€

**• appareil atypique  (joindre le devis détaillé)**  
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

**BASE DE REMBOURSEMENT 735.04€**

**PRIX DE VENTE 735.04€** €

**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

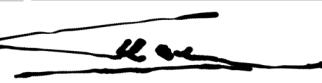
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

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 **20 12 2024**

signature



**avis du médecin conseil**

accord

refus  - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif  - motif : .....  
.....

**Docteur Florence AGOGUÉ**  
**Médecine Générale**

**Consultations sur RDV**

**14 rue de la Hacquinière  
91440 Bures sur Yvette**

**Tél. : 01 60 10 51 79**

**Prise de rendez-vous : 01 60 91 48 54  
ou mailia.com**

**Bures sur Yvette, le 05/11/2024**

**Madame LYDIA CZABADAY**

---

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

**(AFFECTION EXONÉRANTE)**

---

**une paire de chaussures orthopédiques**

---

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

---

Dr Florence AGOGUÉ  
Médecine générale  
14 rue de la Hacquinière  
91440 BURES SUR YVETTE  
911003325  
Tél. 01.60.10.51.79

N° RPPS  
10100520013

**Médecin de garde, la nuit et les week-ends : contacter le 15  
Membre d'une association de gestion agréée, le règlement par chèque est accepté.**

**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.

## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

**ACCÉDER À MES SERVICES**

### INFORMATIONS PATIENT



NIR : **2591259178122**

Régime : **M.G.E.N.**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **OUI**

**CHANGER DE PATIENT**

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

