

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 accordVOLET 1
à adresser au service médical
et destiné au service administratif

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **SMAINI BERKAHOUM**

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

numéro d'immatriculation

2	4	4	0	8	9	3	7	0	1	2	9	9	2	8		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

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

2	3	0	8	1	9	4	4		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

adresse

8 RUE DES ACACIA 92000 - NANTERRE

● 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 **HAVARD CAMILLE**

date de prescription

2	8	0	5	2	0	2	4		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

identifiant

9	2	1	0	6	4	9	8	6		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

● appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)BASE DE REMBOURSEMENT **907.92** €PRIX DE VENTE **907.92** €

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
TEL : 01 82 01 96 41**

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

5	2	9	8	6	9	0	0	0	0	0	0	1	6	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

date

3	1	0	5	2	0	2	4		
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

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)

VOLET 2

à adresser et à conserver
au service médicalle défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours,
à compter de la date de réception, équivaut à un accord

date de réception :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom SMAINI BERKAHOUM

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

numéro d'immatriculation

2 4 4 0 8 9 3 7 0 1 2 9 9 2 8

date de naissance

2 3 0 8 1 9 4 4

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

8 RUE DES ACACIA 92000 - NANTERRE

● 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 HAVARD CAMILLE

date de prescription

2 8 0 5 2 0 2 4

identifiant

9 2 1 0 6 4 9 8 6

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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

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

BASE DE REMBOURSEMENT 907.92 €

PRIX DE VENTE 907.92 €

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
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date

3 1 0 5 2 0 2 4

signature



avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐

- motif :

date



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.



MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS

PATIENT 

NIR : **2440893701299**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS CONTACTER

3608

Service gratuit + prix appel

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

Accessibilité : non conforme

Docteur HAVARD Camille
22 boulevard du général Leclerc
92000 Nanterre
Tél : 0147210837

Médecin généraliste
10101046760 - ADELI : 921064986



Nanterre, le Mardi 28 Mai 2024

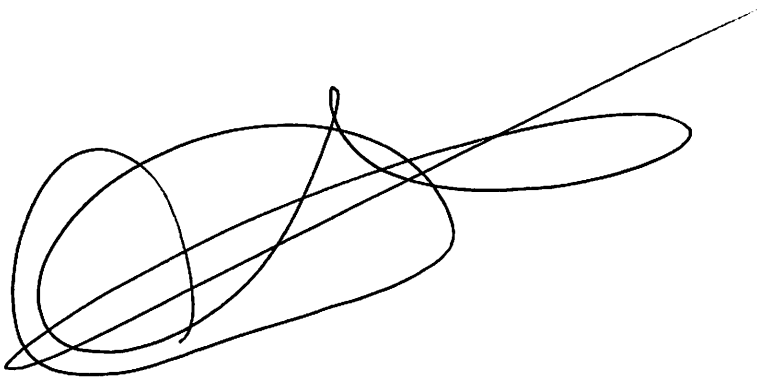
Nom de naissance : Premier prénom de naissance : Prénom(s) de naissance : Date de naissance : 23/08/1944 Lieu de naissance (code INSEE) : Sexe : Féminin N° matricule INS : - Type : Adresse de messagerie sécurisée de l'usager :	
--	--

Mme SMAINI Berkahoum

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

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure avec nouveau moulage

Prescriptions sans rapport avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.