

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

Form for beneficiary details: nom et prénom (NTONDO JOSEPH), numéro d'immatriculation (166099932208559), date de naissance (05091966)

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: 32 RUE DU SOUVENIR 78600 - MAISONS LAFFITTE

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

Form for insured details: nom et prénom, 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

Form for prescriber details: nom et prénom (EL DEBS Jad), date de prescription (28052024), identifiant (920000577), n° structure

position de la demande

1ère attribution [ ], 2ème attribution [X], 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

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

BASE DE REMBOURSEMENT 808.94 € PRIX DE VENTE 808.94 €

identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

Form for provider details: nom et prénom (SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES), raison sociale, adresse (Phan & Lenoble Associés), n° structure (52986900000016)

date (14082024) signature

avis du médecin conseil

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





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

## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

### INFORMATIONS

PATIENT

NIR : **1660999322085**

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](#)



n° 14465\*01

# Ordonnance bizone

Articles L.322-3, 3° et 4°, L.324-1 et R.161-45 du code de la sécurité sociale.

## Identification du prescripteur

Docteur El Debs Jad

Sous la responsabilité du Docteur K. LACHGAR



N° RPPS : 10001468304

## Identification de la structure

HOPITAL MAX FOURESTIER Spécialité : MEDECINE DIABETOLOGIE

403 Avenue de la République

92000 NANTERRE



N° Finess : 920000577

## Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

NIP : 000035234339

Nom : NTONDO Prénom : JOSEPH

Né(e) le : 05/09/1966 Age : 57 ANS

Numéro d'immatriculation : 166099932208559

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

UNE PAIRE DE CHAUSSURES DE DÉCHARGE SUR MESURE POUR UN PATIENT DIABÉTIQUE PRÉSENTANT UNE PLAIE DIABÉTIQUE

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

Le mardi 28 mai 2024

Dr El Debs Jad