

# 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 **ROIGNANT FATIMA**

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

numéro d'immatriculation **2475599350882**

date de naissance **01 01 1947**

*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

**9 ALLEE FRANCOIS MANSART , 78600 - MAISONS LAFFITTE**

**• 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 **EL DEBS Jad**

date de prescription

**09 04 2024**

identifiant **920000577**

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 808.94€

**• 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**

nom et prénom **SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES**  
**67 PODO-ORTHESE**  
**CONVENTIONNE**  
**12 RUE MIRABEAU**  
**94230 - CACHAN**

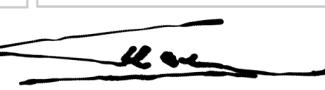
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

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 **16 08 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 ROIGNANT FATIMA

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

numéro d'immatriculation 2475599350882

date de naissance 01 01 1947

*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

9 ALLEE FRANCOIS MANSART , 78600 - MAISONS LAFFITTE

**• 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 EL DEBS Jad

date de prescription

09 04 2024

identifiant 920000577

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 808.94€

**• 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**

nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES  
67 PODO-ORTHESE  
CONVENTIONNE  
12 RUE MIRABEAU  
94230 - CACHAN

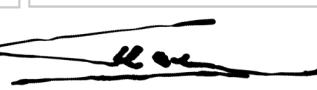
identifiant 942631169 - CONV 1

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

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 52986900000016

date 16 08 2024

signature



**avis du médecin conseil**

accord

refus  - d'ordre médical

date

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

**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  
RPPS :

**Identification de la structure**

HOPITAL MAX FOURESTIER Spécialité : MEDECINE DIABETOLOGIE  
403 Avenue de la République  
92000 NANTERRE



N° Finess : 920000577

**Identification du patient**

NIP : 000040905809  
Nom : ROIGNANT Prénom : FATIMA  
Né(e) le : 31/12/1947 Age : 76 ANS  
Numéro d'immatriculation : 247559935088239

---

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

---

UNE PAIRE DE CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES SUR MESURE SUR MOULAGE  
POUR PATIENT DIABETIQUE AVEC NEUROPATHIE ET ESCARRE TALONIER A GAUCHE

---

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

---

**HÔPITAL MAX FOURESTIER**  
Chef de Service Docteur Karim LACHGAR  
Service de Diabétologie-Endocrinologie  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE  
Fax : 01.47.69.63.91  
N° Finess : 92000577

Le mardi 9 avril 2024  
Dr EL DEBS Jad

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

## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS

**ACCÉDER À MES SERVICES**

### INFORMATIONS PATIENT

NIR : **2475599350882**

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](#)