

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 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

adresse Phan & Lenoble Associés  
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 1 6

date 16 08 2024

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 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

adresse Phan &amp; Lenoble Associés

Centre de Podo-Orthèse Appliquée

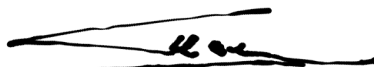
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

n° structure

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

date 16 08 2024

signature



## avis du médecin conseil

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

- motif : .....

date

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

## Ordonnance bizone

n° 14465\*01

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 : 92000577Le mardi 9 avril 2024  
Dr EL DEBS Jad



**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 : **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?

Contactez l'Assurance Maladie