

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

nom et prénom BENGOURAIN MOHAMMED

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

numéro d'immatriculation 1 8 3 0 5 9 9 3 5 2 1 0 8 8 2

date de naissance 0 6 0 5 1 9 8 3

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

1 ALLEE DES BRUYERE 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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non [ ]

accident du travail ou maladie professionnelle [ ] date [ ] autre [ ]

identification du prescripteur

nom et prénom EL DEBS Jad

date de prescription 2 5 0 6 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 0 0 5 7 7 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [X] 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 0 5 0 7 2 0 2 4

signature [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**

date de réception :

\_\_\_\_\_

**personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)**

**● personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom **BENGOURAIN MOHAMMED**

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

numéro d'immatriculation **1 8 3 0 5 9 9 3 5 2 1 0 8 8 2**

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 **0 6 0 5 1 9 8 3**

adresse  
**1 ALLEE DES BRUYERE 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 **EL DEBS Jad** date de prescription **2 5 0 6 2 0 2 4**

identifiant **9 2 0 0 0 5 7 7** 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 **0 5 0 7 2 0 2 4**

signature 

**avis du médecin conseil**

accord  refus  - d'ordre médical

date \_\_\_\_\_ - d'ordre administratif  - motif : .....



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. ✕

### ACTIVITÉS

[Mes services paiements](#)

[Commande d'imprimés](#)

### SERVICES PATIENTS



Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

Arrêt de travail  
Déclaration simplifiée de grossesse  
Déclaration médecin traitant  
Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

### INFORMATIONS PATIENT

NIR : **1830599352108**  
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](#)

### PLUS D'INFORMATIONS



[Le site de l'Assurance Maladie](#)



[Nomenclature des actes](#)

### NOUS CONTACTER

**3608** Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) | [Accessibilité : non conforme](#)



# Ordonnance bizona

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  
(nom, prénom et identifiant)

EL DEM JAD

CONVENTIONNE

Identification de la structure  
(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

HOPITAL MAX FOURESTIER

403 AV DE LA REPUBLIQUE

92014 NANTERRE CEDEX

=> 92 0 00057 7 1 11 0 n°AM

Nom du patient	
(nom de famille) (de naissance)	IPP : 000000083345 Sexe : M
	Nom nais.: BENGOURAIN
	Nom: BENGOURAIN
n° d	Prén: MOHAMMED
	Né(e) le: 06/05/1983



Prescriptions relatives au tra

H 324012316

UF : 3653

reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONERANTE)

Un pied de chausse orthopédique  
sur moule pour patient  
diabétique avec ATCD mal perfant.

le 25/06/2022

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