

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 **LAAINE MEHJOUBA**

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

numéro d'immatriculation **2 4 9 2 0 9 9 3 8 3 3 4 0 9 7**

date de naissance **0 1 0 1 1 9 4 9**

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

40 RUE GODEFROY 92800 - PUTEAUX

• 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 **0 4 0 6 2 0 2 4**

identifiant **9 2 0 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 7 0 6 2 0 2 4**

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 **LAAINE MEHJOUBA**

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

numéro d'immatriculation **2 4 9 2 0 9 9 3 8 3 3 4 0 9 7**

date de naissance **0 1 0 1 1 9 4 9**

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

40 RUE GODEFROY 92800 - PUTEAUX

• 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 **0 4 0 6 2 0 2 4**

identifiant **9 2 0 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 7 0 6 2 0 2 4**

signature

avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

date **| | | | |**

(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 de difficulté, vous pouvez contacter le 3608. **X**

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS

PATIENT



NIR : **2492099383340**

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](#)

Ordonnance bizonaArticles L.322-3, 3^e et 4^e, 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 : 000018984112
Nom : LAAINE Prénom : MEHJOUBA
Né(e) le : 01/01/1949 Age : 75 ANS
Numéro d'immatriculation : 249209938334097

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

UNE PAIRE DE CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES SUR MESURE SUR MOULAGE POUR UN PATIENT DIABÉTIQUE AVEC ATCD DE MAL PERFORANT ET HALLUX VAGUS.

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

Le mardi 4 juin 2024
Dr EL DEBS Jad

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