

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 date of reception

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom BERRAOUI SALAH

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

numéro d'immatriculation 1 4 3 0 1 9 1 8 0 4 6 2 3 5 0

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 3 0 1 1 9 4 3

adresse 3 RUE DE LATTRE TASSIGNY 92110 - CLICHY

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 NGUYEN VAN DUC date de prescription 1 2 0 3 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 [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

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 1 4 0 6 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 :

Grid for date of reception

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom BERRAOUI SALAH

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

numéro d'immatriculation 1 4 3 0 1 9 1 8 0 4 6 2 3 5 0

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 3 0 1 1 9 4 3

adresse 3 RUE DE LATTRE TASSIGNY 92110 - CLICHY

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 NGUYEN VAN DUC date de prescription 1 2 0 3 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 [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

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 1 4 0 6 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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



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 : **1430191804623**

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](#)



# 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

Docteur NGUYEN VAN DUC

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 : 2402004143

Nom : BERRAOUI Prénom : SALAH

Né(e) le : 03/01/1943 Age : 81 ANS

Numéro d'immatriculation : 143019180462350

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

UNE PAIRE DE CHAUSSURES ORTHOPEDIQUE SUR MESURE SUR MOULAGE

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

HOPITAL 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 12 mars 2024  
Dr NGUYEN VAN DUC