

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 JABRI ZOULIKHA

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

numéro d'immatriculation

2 5 7 0 7 9 9 3 8 3 0 2 5 0 6

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 7 1 9 5 7

adresse

508 RUE GABRIEL PERI / APPT 307 92700 - COLOMBES

## ● 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 LACHGAR Karim

date de prescription

3 0 0 4 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

● 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 2 0 7 2 0 2 4

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 JABRI ZOULIKHA

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

numéro d'immatriculation

2 5 7 0 7 9 9 3 8 3 0 2 5 0 6

date de naissance

0 6 0 7 1 9 5 7

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

508 RUE GABRIEL PERI / APPT 307 92700 - COLOMBES

## • 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 LACHGAR Karim

date de prescription

3 0 0 4 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

• 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 2 0 7 2 0 2 4

signature



## avis du médecin conseil

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

- motif : .....

date

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Service de Diabétologie-Endocrinologie**

**Hospitalisation**

Tél. : 01 47 69 65 54  
Fax : 01 47 69 63 91

**Consultations**

**Secrétariat**

Tél. : 01 47 69 67 13  
Tél. : 01 47 69 65 59  
Fax : 01 47 69 67 15

**Docteur Frédéric BESSON**

Praticien Attaché

N° RPPS



10003440087

**Docteur Emna HAOUAT**

Praticien Hospitalier

N° RPPS



10102311056

**Docteur Nathalie NERI**

Praticien Hospitalier

N° RPPS



10001468304

**Docteur Arnaud ROUSSEL**

Praticien Hospitalier

N° RPPS



10100568632

**Docteur Maha SAYED**

Praticien Hospitalier

N° RPPS



10001578938

**Docteur Hadjila TASSAT**

Praticien Hospitalier

N° RPPS



10100797561

**Date :**

PP : 000000022405 Sexe : F

Nom nais. : BEKKAL

Nom : JABRI

Prén : ZOULIKHA

Né(e) le : 06/07/1957



J 424002930

UF : 3574

*- Une paire de chaussures orthopédiques  
Sur mesure,*

**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

**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

*30.4.29*

N° FINESS



920000577

Hôpital Max Fourestier  
403, avenue de la République - 92000 NANTERRE  
Tél. : 01 47 69 65 65





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**amelipro**

SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Podo-orthèses  
12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



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 :

**2570799383025**

Régime : **REGIME  
GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT



SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS  
IDENTIFIANT/MOT DE

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?