

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

Form for beneficiary details: nom et prénom FATIMA KOTBI, numéro d'immatriculation 257209935204062, date de naissance 31 12 1957

Form for center name: nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste

Form for address: adresse 40 Rue du Square, 92230 - Gennevilliers

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

Form for insured details: nom et prénom, numéro d'immatriculation

partie à compléter par le fournisseur

conditions de prise en charge de l'appareillage

Form for conditions: maladie [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

Form for accident: accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

Form for prescriber: nom et prénom LACHGAR Karim, date de prescription 08 10 2024, identifiant 920000577

position de la demande

Form for position: 1ère attribution [X] 2ème attribution [] appareil provisoire [] renouvellement [] réparation []

références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)

Form for references: Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.94€

appareil atypique [] (joindre le devis détaillé)

Form for atypical: BASE DE REMBOURSEMENT 907.92€ € PRIX DE VENTE 907.92€ €

identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

Form for provider: nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES, raison sociale Phan & Lenoble Associés, adresse 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

Form for date and signature: date 18 10 2024, signature [Handwritten]

avis du médecin conseil

Form for doctor's advice: accord [], refus [], - d'ordre médical [], - d'ordre administratif []

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 FATIMA KOTBI

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

numéro d'immatriculation 257209935204062

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 31 12 1957

adresse 40 Rue du Square , 92230 - Gennevilliers

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 08 10 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€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€

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

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

date 18 10 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :



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, identité)
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

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

IPP : 2409006050 du patient
 (nom de famille) (à compléter par le prescripteur)
 Nom nais.: KOTBI Sexe : F
 Nom: KOTBI
 Prén: FATMA
 Né(e) le: 31/12/1957
 suré(e)

H 424006518
 UF : 3653

8.10.2029

Prescriptions relatives au traitement... (AFFECTION EXCLUSE... E)
 durée reconnue (liste ou hors liste)

Une paire de chaussures orthopédiques en cuir
 en moules pour patiente diabétique
 avec mal perforant plantaire
 Déformation irréductible des orteils

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

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



**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 :

2572099352040 

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?