

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 KHADA LAHMAR

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

numéro d'immatriculation 258209935031391

date de naissance 31 12 1958

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

18 Avenue Georges Clemenceau , 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 MEHDAOUI Samia

date de prescription

17 12 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 833.21€

• appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ €

PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 11 04 2025

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 KHADA LAHMAR

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

numéro d'immatriculation 258209935031391

date de naissance 31 12 1958

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

18 Avenue Georges Clemenceau , 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 MEHDAOUI Samia

date de prescription 17 12 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 833.21€

• appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ €

PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 11 04 2025

signature



avis du médecin conseil

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

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ordonnance bizone

Articles L.322-3, 3° et 4°, L.324-1 et R.161-45 du code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur

Docteur MEHDAOUI SAMIA

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 : 000000134114

Nom : LAHMAR Prénom : KHADA

Né(e) le : 31/12/1958 Age : 65 ANS

Numéro d'immatriculation : 258209935031391

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

UNE PAIRE DE CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES SUR MESURE POUR PATIENT DIABETIQUE

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

Le mardi 17 décembre 2024

Dr MEHDAOUI SAMIA



 Dans le cadre d'une opération technique, le téléservice 'Réclamations paiements' sera indisponible le 09/04 entre 09h00 et 17h00. Veuillez nous excuser pour la gêne occasionnée. 

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 : **2582099350313** 

Régime : **REGIME
GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du
jour : **OUI**
Exonération TM :
OUI

[CHANGER DE PATIENT](#)

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance
Maladie](#) [Réclamations paiements](#)