

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

nom et prénom INNOCENT LUXONY

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

numéro d'immatriculation 1 0 7 0 7 9 3 0 4 5 1 2 9 9 4

date de naissance 2 5 0 7 2 0 0 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 28 RUE EDMOND MICHELET 93250 - VILLEMOMBLE

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

nom et prénom GUERRIER INNOCENT GUERLAINE

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

numéro d'immatriculation 2 6 3 0 2 9 9 4 1 0 1 0 8 9 7

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 BENDIB BELGACEM

date de prescription 1 3 0 1 2 0 2 5

identifiant 9 3 0 6 9 0 1 9 3 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [ ] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [X] 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 7 0 1 2 0 2 5

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

date [ ]



# Ordonnance bizona

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 et initiales)  
**Docteur BELGACEM BENDIB**  
**Neurologue**  
 N° R.P.P.S : 10001528586  
 Institut Médico-Educatif  
 100, rue Lavoisier  
 93110 ROSNY-SOUS-BOIS  
 Tél. : 01.48.94.59.60 Fax : 01.48.35.02.63

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

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)  
**Lucy Tuocet**  
 n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

13-01-2024

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

Prescriptions pour un renouvellement de  
 chaussons orthopédiques -



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



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

amelipro



-



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 : **2630299410108** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **NON**

Droits à date du jour : **OUI**

Exonération TM : **NON**

Autres bénéficiaires

Sélectionn 

CHANGER DE PATIE

## UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie [Renseignements paiements](#)