

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**

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **VENON JEAN BAPTISTE**

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

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

date de naissance **2 0 1 2 1 9 4 3**

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

3 ALLEE DE HIPPOLYTE VINCENT 93320 - LES PAVILLONS SOUS BOIS

• 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 **yahya jaber**

date de prescription

2 1 0 5 2 0 2 4

identifiant **9 3 0 1 0 0 0 4 5** 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 **2 4 0 5 2 0 2 4**

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**

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **VENON JEAN BAPTISTE**

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

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

date de naissance **2 0 1 2 1 9 4 3**

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

3 ALLEE DE HIPPOLYTE VINCENT 93320 - LES PAVILLONS SOUS BOIS

• 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 **yahya jaber**

date de prescription

2 1 0 5 2 0 2 4

identifiant **9 3 0 1 0 0 0 4 5** 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 **2 4 0 5 2 0 2 4**

signature

avis du médecin conseil

accord

refus - d'ordre médical

- d'ordre administratif - motif :

date

i 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.

X

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS

PATIENT



NIR : **1431219031034**

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](#)

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#)
[Accessibilité : non conforme](#)

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 (nom, prénom et identifiant)		Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)	
Docteur Yahya JABER		HOPITAL JEAN VERDIER	
N° RPPS		N° FINESS	
10100430569	JVR ENDOCRINO DIABETO	930100045	

INS/NIR : 143121903103450



INS non signé

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)

Monsieur VENON Jean baptiste

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

1 4 3 1 2 1 9 0 3 1 0 3 4 5 0

Ordonnance du 21/05/2024 à 09:29

Né le 20/12/1943

Agé de 80 ans

Poids : 74 kg, Taille : 161 cm

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

confection sur mesure par podo orthésiste d'une chaussure de décharge de la styloïde du 5
eme métatarsien pied gauche sur patient diabétique porteur d'une plaie

COMMENT
MARCHER AVEC SA
CHAUSSURE DE
DÉCHARGE

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



sorbonne-universite.fr

Vidéo de démonstration

Ordonnance validée électroniquement par Docteur Yahya JABER

BONSHÉTATION PLAIE DU PIED DIABÉTIQUE
HOPITAL JEAN VERDIER 93140 BONDY
Unité Endocrinologie Diabétologie Nutrition
Dr Yahya JABER/Mme Véronique LABBE GENTILS
01 48 02 65 80 /65 78