

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 GOUMIDI MEHDI

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

numéro d'immatriculation

2 8 6 0 6 9 3 0 4 8 1 7 9 9 1

date de naissance

0 3 0 6 2 0 1 1

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

1 RUE NUNGESSER ET COLI 93110 - ROSNY SOUS BOIS

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

nom et prénom el oui layla

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

numéro d'immatriculation

2 8 6 0 6 9 3 0 4 8 1 7 9 9 1

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 BENDIB BELGACEM

date de prescription

0 1 0 7 2 0 2 4

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 ☒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

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

● 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
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 GOUMIDI MEHDI

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

numéro d'immatriculation

2 8 6 0 6 9 3 0 4 8 1 7 9 9 1

date de naissance

0 3 0 6 2 0 1 1

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

1 RUE NUNGESSER ET COLI 93110 - ROSNY SOUS BOIS

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

nom et prénom el oui layla

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

numéro d'immatriculation

2 8 6 0 6 9 3 0 4 8 1 7 9 9 1

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 BENDIB BELGACEM

date de prescription

0 1 0 7 2 0 2 4

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 ☒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

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

● 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
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

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

Mon numéro : 2 86 06 93 048 179 91
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 EL OUNI Layla

Attestation de droits à l'assurance maladie et à la Complémentaire santé solidaire

Valable du 06/09/2023 au 05/09/2024 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01-931-2061	89		
CPAM SEINE SAINT DENIS 195AVE PAUL VAILLANT COUTURIER CEDEX	93014 BOBIGNY	2 86 06 93 048 179 91	

N°	Organisme complémentaire
1	CPAM DE LA SEINE-SAINT-DENIS 93000 BOBIGNY

Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage	N° de sécurité sociale (pour information)	Ne(a) le/rang	N° ordre CC	Date début de la complémentaire	Date fin de la complémentaire
EL OUNI Layla a déclaré un médecin traitant CSS avec participation financière du 01/02/2023 au 31/01/2024 SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 09/11/2020 AU 09/11/2030 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE	2 86 06 93 048 179 91	21/06/1986 1	1	01/02/2023	31/01/2024
GOUMIDI Mehdi a déclaré un médecin traitant CSS avec participation financière du 01/02/2023 au 31/01/2024 SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 03/06/2011 AU 04/06/2026 POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE	1 11 06 93 048 020 95	03/06/2011 1	1	01/02/2023	31/01/2024

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)Docteur Belgacem BENDIB
Neurologue

N° R.P.S. : 10001528586

Institut Médico-Educatif
100, rue Lavoisier

93110 ROSSIGNOL-BOIS

Tél. : 01.48.94.59.62 - Fax : 01.49.59.59.59

Identification de la structure

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

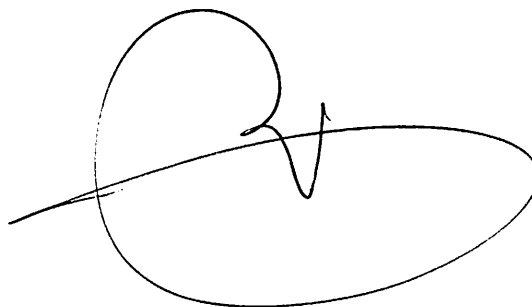
Identification du patient

(nom, prénom, date de naissance, sexe, lieu de naissance, n° d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

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

M. Belgacem BENDIB

13-07-2024

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)Prescription pour renouvellement de
chambre orthopédiquePrescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)