

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 HASSAN SADDIQUE

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

numéro d'immatriculation 280119935243149

date de naissance 03 07 2016

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 Rue des Morands , 93360 - Neuilly-Plaisance

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

nom et prénom HASSINA MEDDAHI

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

numéro d'immatriculation 280119935243149

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 02 12 2024

identifiant 930690193 n° structure (AM, FINESS ou SIRET) [ ]

position de la demande

1ère attribution [X] 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 06 12 2024

signature [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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom HASSAN SADDIQUE

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

numéro d'immatriculation 280119935243149

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 03 07 2016

adresse 3 Rue des Morands , 93360 - Neuilly-Plaisance

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

nom et prénom HASSINA MEDDAHI

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

numéro d'immatriculation 280119935243149

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 02 12 2024

identifiant 930690193 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 06 12 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :



SARL PHAN LENOBLE  
ASSOCIES  
Fournisseur de biens  
médicaux Podo-  
orthèses  
12 R MIRABEAU  
94230 CACHAN



**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.

**i** Une nouvelle rubrique « Une demande ? » est disponible, regroupant l'ensemble des téléservices qui vous permettent de nous contacter. De plus, un nouveau service « Réclamations paiements » est ajouté dans cette rubrique si votre question concerne un paiement pour un dossier relatif à un patient du Régime général.

## ACTIVITÉS

Mes services paiements

Commande d'imprimés

## SERVICES PATIENTS

**i** 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**

## INFORMATIONS **?** PATIENT

NIR : **2801199352431**

Régime :  
**REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

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

Autres bénéficiaires

**Protocoles de soins  
et ALD**

**Identifiez-vous par  
carte CPS**

Sélectio ▼

CHANGER DE PATI

### UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie](#) [Règles de paiements](#)



SÉCURISEZ VOS  
CONNEXIONS  
IDENTIFIANT/MOT DE

### PLUS D'INFORMATIONS



[Le site de l'Assurance Maladie](#)



[Nomenclature des actes](#)

**3608** Service gratuit + prix appel

[À propos](#) [Configuration](#) [Mentions légales](#) [CGU](#)

Accessibilité : non conforme

# 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

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

93110 ROSNY-SOUS-BOIS  
 Tél. : 01.48.94.59.62

Identification du patient  
(nom de famille de l'assuré) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)  
**Hanan Habbibet**  
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

02-12-2024

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

*Proxeton - pour la réduction de  
 douleurs orthopédiques.*



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