

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 BENHAMIDA NORDINE

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

numéro d'immatriculation

1 5 6 1 0 7 8 2 6 0 0 5 8 1 2

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

0 6 1 0 1 9 5 6

adresse

1 RUE ROSENBERG 1 ETAGE PORTE 12 94120 - FONTENAY 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 NASSOURI ADJOA SIKA

date de prescription

2 8 0 3 2 0 2 4

identifiant 9 4 0 1 2 0 0 1 7

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

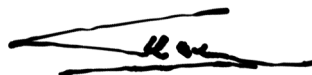
(AM, FINESS ou SIRET)

5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date

1 6 0 5 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 BENHAMIDA NORDINE

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

numéro d'immatriculation

1 5 6 1 0 7 8 2 6 0 0 5 8 1 2

date de naissance

0 6 1 0 1 9 5 6

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 ROSENBERG 1 ETAGE PORTE 12 94120 - FONTENAY 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 NASSOURI ADJOA SIKA

date de prescription

2 8 0 3 2 0 2 4

identifiant

9 4 0 1 2 0 0 1 7

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

1 6 0 5 2 0 2 4

signature



avis du médecin conseil

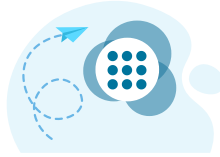
accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐

- motif :

date

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

MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

INFORMATIONS

PATIENT 

NIR : **1561078260058**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

CHANGER DE PATIENT

CONTACTER L'ASSURANCE MALADIE

Mode opératoire



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 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 identifiant)

Service : Education Thérapeutique Endocrinologie

NASSOURI ADJOA SIKI



10100213932

Identification de la structure

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

Hôpital d'Instruction des Armées BEGIN

Conventionné

69 avenue de Paris - 94163 SAINT MANDÉ Cedex

Tél. : 01 43 98 50 00

N° FINESS : 940120017

10	1	06	0
TAR	CONV	ZISD	ZIK

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))

BENHAMIDA NORDINE

BENHAMIDA

né(e) le : 06/10/1956

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

115164078126010581118

Saint-Mandé, le 28/03/2024

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

(AFFECTION EXONORANTE)

FAIRE REALISER PAR UN PEDO PROTHESISTE

1 Paire de chaussures orthopédique sur pied daibétique grade 3 amputé 1er rayon pied droit

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

Médecin en chef NASSOURI
Adjoint
Service
HIA Bég
RPPS N° 10100213932