

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 BELADEL AREZKI

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

numéro d'immatriculation 150059935417916

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 01 05 1950

adresse

2 Rue de Marne , 94700 - Maisons-Alfort

● 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 NARINDRA JOUAN

date de prescription 07 04 2025

identifiant 940100027

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 833.21€
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 932.19€ €

PRIX DE VENTE 932.19€ €

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

raison sociale

adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 25 04 2025

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 médical

**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 **BELADEL AREZKI**

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

numéro d'immatriculation **150059935417916**

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 **01 05 1950**

adresse
2 Rue de Marne , 94700 - Maisons-Alfort

● 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 **NARINDRA JOUAN** date de prescription **07 04 2025**

identifiant **940100027** 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 833.21€ 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 **932.19€** € PRIX DE VENTE **932.19€** €

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 **25 04 2025**

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :

Identification du prescripteur <i>(nom, prénom et identifiant)</i> Docteur NARINDRA JOUAN N° RPPS HMN CONSULT NEPHRO 14	Identification de la structure <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</i> HMN CONSULT NEPHRO 14 X851 N° FINESS  940100027
--	---

INS/NIR : 150059935417916



INS non signé

Identification du patient <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)</i> Monsieur BELADEL Arezki N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e)) 1 5 0 0 5 9 9 3 5 4 1 7 9 1 6

Ordonnance du 07/04/2025 à 09:53

Né le 01/05/1950

Agé de 74 ans

Poids : 102 kg, Taille : 194 cm



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

prescription de chaussures orthopediques sur mesures

(patient transplanté renale, diabetique)

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)*Ordonnance validée électroniquement par Docteur NARINDRA JOUAN*

Dr JOUAN Narindra
-FINESS : 940100027
Hôpital HENRI MONDOR
Néphrologie, Transplantation
94010 Créteil
Tél. : 01 49 81 24 53
Fax : 01 49 81 24 52



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
Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

INFORMATIONS PATIENT

NIR : **1500599354179** 

Régime : **REGIME
GENERAL**

MT : **OUI**

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

[CHANGER DE PATIENT](#)

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie Réclamations paiements](#)



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

PLUS D'INFORMATIONS



Le site de
l'Assurance Maladie



Nomenclature des
actes