



# 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 MEDJABRI SACI

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

numéro d'immatriculation **1 6 1 0 6 9 3 8 0 4 9 4 7 3 4**

date de naissance **1 1 0 6 1 9 6 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

**46 RUE ELYSEE RECLU 94270 - KREMLIN BICETRE**

**• 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 BOURGEON Muriel

date de prescription **1 3 0 6 2 0 2 4**

identifiant **9 2 0 1 0 0 0 2 1** 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 SARC 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 7 0 6 2 0 2 4**

signature 

**avis du médecin conseil**

accord

refus  - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif  - motif : .....  
.....



**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.

## MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



ACCÉDER À MES SERVICES

## INFORMATIONS

PATIENT

NIR : **1610693804947**

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<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale**Identification du prescripteur**  
(nom, prénom et identifiant)

Docteur MURIEL BOURGEON

N° RPPS



BCT ENDOCRINOLOGIE ADULT

10001380137

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

HOPITAL DE BICETRE

N° FINESS



940100043

**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)

Ordonnance du 13/06/2024 à 09:04

Monsieur MEDJABRI Saci

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

1 6 1 0 6 9 3 8 0 4 9 4 7    3 4

Né le 11/06/1961

Agé de 63 ans

Taille : 172 cm

---

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

---

Une paire de chaussures sur mesure

---

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

---

Ordonnance validée électroniquement par Docteur MURIEL BOURGEON