

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 MENHOUDJ OULAID

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

numéro d'immatriculation 1 4 6 0 8 9 9 3 5 4 3 9 8 4 1

date de naissance 2 7 0 8 1 9 4 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

13 RUE DE LA MARE DES NOUES 95130 - FRANCONVILLE

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

nom et prénom EL DEBS Jad

date de prescription 1 4 0 5 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 0 0 0 5 7 7 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)

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 7 0 5 2 0 2 4

signature [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)

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 MENHOUDJ OULAID

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

numéro d'immatriculation 1 4 6 0 8 9 9 3 5 4 3 9 8 4 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)

date de naissance 2 7 0 8 1 9 4 6

adresse 13 RUE DE LA MARE DES NOUES 95130 - FRANCONVILLE

● 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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

● identification du prescripteur

nom et prénom EL DEBS Jad date de prescription 1 4 0 5 2 0 2 4

identifiant 9 2 0 0 0 0 5 7 7 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)

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 7 0 5 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical []

date [] - d'ordre administratif [] - motif :



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 : **1460899354398**

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?

Contactez l'Assurance Maladie

NOUS CONTACTER

3608 Service gratuit + prix appel

À propos | Configuration | Mentions légales | CGU |

Accessibilité : non conforme



Ordonnance bizona

n° 14465*01

Articles L.322-3, 3° et 4°, L.324-1 et R.161-45 du code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur

Docteur EL DEBS Jad
RPPS :

Identification de la structure

HOPITAL MAX FOURESTIER Spécialité : MEDECINE DIABETOLOGIE
403 Avenue de la République
92000 NANTERRE



N° Finess : 920000577

Identification du patient

NIP : 0402002827
Nom : MENHOUDJ Prénom : OULAID
Né(e) le : 27/08/1946 Age : 77 ANS
Numéro d'immatriculation : 146089935439841

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

UNE PAIRE DE CHAUSSURES SUR MESURE SUR MOULAGE POUR UN PATIENT DIABETIQUE AVEC NEUROPATHIE DIABETIQUE ET DEFORMATION IMPORTANTE DES DEUX PIEDS.

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

Le mardi 14 mai 2024

Dr EL DEBS Jad

HÔPITAL MAX FOURESTIER
Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
Service de Diabétologie Endocrinologie
403 Avenue de la République
92000 NANTERRE
Fax : 01 47 69 63 91
N° Finess : 92000577