

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 NOUREDDINE DAABAK

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

numéro d'immatriculation 719410019676604

date de naissance 17 04 1962

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

16 Rue Saint-eloi , 94250 - Gentilly

• 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 13 02 2025

identifiant 940100023

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 03 03 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 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 NOUREDDINE DAABAK

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

numéro d'immatriculation 719410019676604

date de naissance 17 04 1962

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

16 Rue Saint-eloi , 94250 - Gentilly

• 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 13 02 2025

identifiant 940100023

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 03 03 2025

signature

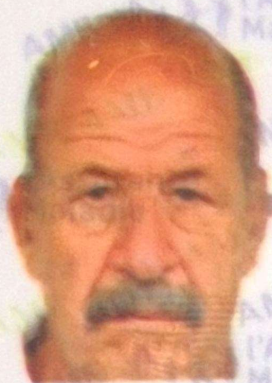
avis du médecin conseil

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

date

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

CARTE INDIVIDUELLE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT



Nom

DAABAK

Prénom

NOUREDDINE

Immatriculation

719410019676604

Date de naissance

17/04/1962

Droits AME du

11/10/2024

au

10/10/2025

Prestations prises en charge

100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale
Forfait journalier en cas d'hospitalisation.

Caisse d'assurance
maladie

CPAM VAL DE MARNE (01)
01-941-8671

Code
régime

095

n° mutuelle

75500017

Code
contrat

04

Prestations non prises en charge pour les bénéficiaires AME majeurs: médicaments à 15%,
actes et produits spécifiques à la procréation médicale assistée, cures thermales.



prescription médicale pour grand appareillage

n° 12042*02

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 3
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service médical)

partie à compléter par l'assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **DAABAK DAABAK NOUREDDINE**

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

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

date de naissance **1 7 0 4 1 9 6 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)

adresse **16 RUE SAINT ELOI**
94250 GENTILLY

• 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

• en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service : **BCT CS ENDOCRINOLOGIE AD X494**

• la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui ☐ date non ☐

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

amputation transméatarsienne gauche et amputation 5ème et 4ème droit

Patient diabétique multicompliqué

Docteur BOURGEON
(Pied diabétique)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BOURGEON MURIEL

Hôpital Bicêtre
Policlinique Adultes
Bâtiment F. Benoit-Sinouss
Secteur Orange - Porte 3
Consultations : 01 45 21 73 00
Secrétariat : 01 45 21 73 00
Fax : 01 45 21 73 00

raison sociale

BCT CS ENDOCRINOLOGIE AD X494

adresse

78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant

1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

n° structure

LM-FINESS ou SIRET 9 4 0 1 0 0 0 4 3

date

1 3 0 2 2 0 2 5

signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 3135 b



prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

n° 12042*02

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

partie à compléter par l'assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom DAABAK DAABAK NOUREDDINE

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

numéro d'immatriculation

7 1 9 4 1 0 0 1 9 6 7 6 6 0 4

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

1 7 0 4 1 9 6 2

adresse 16 RUE SAINT ELOI
94250 GENTILLY

• 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

• en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée

service : BCT CS ENDOCRINOLOGIE AD X494

• la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui ☐

date

non ☐

partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soulever les volets 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet 3)

• conditions de prise en charge de l'appareillage

maladie ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☒ non ☐ soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.212-1) oui ☐ non ☒

accident du travail ou maladie professionnelle ☐

date

autre ☐

• type d'appareil

prothèse membre supérieur ☐

prothèse membre inférieur ☐

orthèse membre supérieur ☐

orthèse membre inférieur ☐

orthèse tronc ☐

prothèse oculaire et maxillo-faciale ☐

podo-orthèses ☒

appareil atypique sur devis ☐

(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

• nature de l'appareil

définitif ☒

provisoire ☐

renouvellement ☐

réparation ☐

• descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Chaussures sur mesure : une paire

Docteur BOURGEON MURIEL
(Pied diabétique)
RPPS 10001388

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

MURIEL BOURGEON

Clinique Adultes
Bâtiment F. Barré-Sinoussi
Secteur Orange - Porte 39
Consultations : 01 45 21 73 39
Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 24
Fax : 01 45 21 73 24

raison sociale

BCT CS ENDOCRINOLOGIE AD X494

adresse

78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant

1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

9 4 0 1 0 0 0

date

1 3 0 2 2 0 2 5

signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.