

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 ZOURDANI RABAH

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

numéro d'immatriculation

7 1 9 2 1 0 0 1 8 5 4 3 8 5 1

date de naissance

1 1 0 1 1 9 7 7

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

10 RUE DE L'ARSENAL 92500 - REUIL MALMAISON

● 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 ANDRIANERA Nalisson

date de prescription

1 8 0 6 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 ☒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

2 7 0 6 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 ZOURDANI RABAH

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

numéro d'immatriculation

7 1 9 2 1 0 0 1 8 5 4 3 8 5 1

date de naissance

1 1 0 1 1 9 7 7

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

10 RUE DE L'ARSENAL 92500 - REUIL MALMAISON

● 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 ANDRIANERA Nalisson

date de prescription

1 8 0 6 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 ☒ 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 2 7 0 6 2 0 2 4

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 **ZOURDANI**

Prénom **RABAH**

Immatriculation **719210018643851**

Date de naissance **11/01/1977**

Droits AME du **13/04/2024** au **12/04/2025**

Prestations prises en charge
100% des soins de remboursement de la Sécurité Sociale
Forfait journalier en cas d'hospitalisation.

Caisse d'assurance
maladie

CPAM HAUTS DE SEINE (10)
01-821-8871

Code région	n° mutuelle	Code contrat
095	75500017	04

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



n° 14465*01

Ordonnance bizonc

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

Identification du prescripteur

HÔPITAL MAX FOURESTIER

Chef de Service Docteur Karim LACHGAR

Service de Diabétologie-Endocrinologie

403 avenue de la République

92000 NANTERRE

CONVENTIONNE

Fax : 01.47.69.63.91

N° Finess : 92000577

ANDRIANERA Nalava

Identification de la structure

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

HOPITAL MAX FOURESTIER

403 AV DE LA REPUBLIQUE

92014 NANTERRE CEDEX

=> 92 0 00057 7 1 11 0 n°AM

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (s'il y a lieu) (à compléter par le patient))

M. ZOURDANI Rabah

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

IPP : 2401004410 Sexe : M

Nom nais. : ZOURDANI

Nom : ZOURDANI

Prén : RABAH

Né(e) le: 11/01/1977



X 124044637

UF : 3034

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue

(AFFECTION EXONÉRANTE)

- Une paire de chaussures orthopédiques sur
semelle de chaux 3 avec montage -
- Diététique, pied pavé à gauche

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

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)