

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 NHARI EL AID

(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 2 3 1 8 7 2 8

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 3 1 1 2 1 9 5 5

adresse 10 RUE DES CANIBOUTS CHEZ MME HAMDNI ZOULIKA 92700 - COLOMBES

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 ANDRIANERA Nalisson 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 [] 2ème attribution [X] 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 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 2 0 7 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

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 NHARI EL AID

(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 2 3 1 8 7 2 8

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 3 1 1 2 1 9 5 5

adresse 10 RUE DES CANIBOUTS CHEZ MME HAMDNI ZOULIKA 92700 - COLOMBES

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 ANDRIANERA Nalisson 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 [] 2ème attribution [X] 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 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 2 0 7 2 0 2 4

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

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



Nom **NHARI**
Prénom **EL AID**
Immatriculation **719210012318728**
Date de naissance **31/12/1956**

Droits AME du **17/07/2023** au **16/07/2024**

Préstations prises en charge	Caisses d'assurance maladie	Code	n° mutuelle	Code
Forfait de la Sécurité Sociale	CPAM HAUTS DE SEINE (05)	095	75500017	05
Forfait journalier en cas d'incapacité	01-921-6871			

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



Ordonnance bizone

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
(nom, prénom et identifiant)

ANDRIANERA Nalison .

CONVENTIONNE

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

(nom de famille (de na
n

IPP : 000038932463 Sexe : M

Nom nais.: NHARI

Nom: NHARI

Prén: EL AID

Né(e) le: 31/12/1955



J 424003186

UF : 3656

(compléter par le prescripteur)

(e)

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

14.5.24

- Une paire de chaussures orthopédiques
du service de base B

HOPITAL MAX FOURESTIER
Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
Service de Diabétologie-Endocrinologie
403 avenue de la République
92000 NANTERRE
Tél : 01.47.69.63.91
Fax : 01.47.69.63.91
N° AM : 92000577

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