

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 AZIZA AGREBI

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

numéro d'immatriculation 259099935178939

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 02 09 1959

adresse 59 Avenue Pablo Picasso, 92000 - Nanterre

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 28 01 2025

identifiant 920000577 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)

Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire LPP 2620400 808.94€
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 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

raison sociale
adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 03 02 2025

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 AZIZA AGREBI

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

numéro d'immatriculation 259099935178939

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 02 09 1959

adresse 59 Avenue Pablo Picasso, 92000 - Nanterre

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 28 01 2025

identifiant 920000577 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 808.94€
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 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

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6

date 03 02 2025

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

ANDRIANDRA Nalison

Identification de la structure  
(raison sociale du cabinet, Docteur Karim LACHGAR, FINESS ou SIRET)

Docteur Karim LACHGAR  
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie  
Hôpital Max Fourestier  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE

IPP : 000000012044 Sexe : F  
Nom nais.: AGREBI  
Nom: MEJELDI  
Prén: AZIZA  
Né(e) le: 02/09/1959  
H 425000693 UF : 3653

N° RPPS : 100001353126  
N° FINESS : 920000577

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

28.1.25

Une paire de chaussures orthopédiques  
sur mesures et sur moulages -  
pour patiente diabétique avec déformations  
des orteils irréductibles et hallux valgus  
Empoissant

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

*Chgu*  
Docteur Karim LACHGAR  
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie  
Hôpital Max Fourestier  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE  
N° RPPS : 100001353126  
N° FINESS : 920000577

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

## BULLETIN DE SITUATION

## PATIENT

**N° de dossier** : 425000693**Nom / Prénom** : MEJELDI/AZIZA**Nom Naissance**: AGREBI**Né(e) le** : 02/09/1959 à KRAM**Adresse** : 59 AVE PABLO PICASSO  
APT 551  
92000 NANTERRE**Tél** : 0141200331 **Télécom** : 0141200331 **Port** :**Entré(e) le** : 27/01/2025 à 15h33**Présent(e) le** : 28/01/2025

ENTREE DOMICILE

## ASSURÉ

**N°Matricule SS** : 2590999351789 39**Nom / Prénom** : MEJELDI/AZIZA**Organisme** : CPAM DES HAUTS DE SEINE**Sécurité sociale** 113 AV DES 3 FONTANOTS

01 921 000 0

92000 NANTERRE

Fait à : NANTERRE

Le : 28/01/2025