

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 FATMA HERABI

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

numéro d'immatriculation 241099935486576

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 01 09 1941

adresse 3 Avenue des Champs Pierreux 2 EME ETAGE APT 721, 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 EL DEBS Jad date de prescription 25 02 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 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 [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

d. Jed EL DEBS

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

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

IPP : 000000055705 Sexe : F
 (ix) Nom nais.: SAHLI
 Nom: HERABI
 Prén: FATMA
 Né(e) le: 01/09/1941

patient
 et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)
 N° RPPS : 100001353126
 N° FINESS : 920000577

H 425001380 UF : 3653

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

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure
 chez un patient diabétique avec neuropathie
 et congénitale a type de syndactylie 3^e et 4^e orteils
 bilatéral.

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

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

N° RPPS : 100001353126
 N° FINESS : 920000577

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 425001380**Nom / Prénom** : HERABI/FATMA**Nom Naissance**: SAHLI**Né(e) le** : 01/09/1941 à BISKRA**Adresse** : 3 AVENUE DES CHAMPS PIERREUX
2 EME ETAGE APT 721
92000 NANTERRE**Tél** : 0147298754**Télécom** :**Port** : 0624432557**Entré(e) le** : 24/02/2025 à 15h09**Présent(e) le** : 25/02/2025

ENTREE DOMICILE

ASSURÉ

N°Matricule SS : 2410999354865 76**Nom / Prénom** : HERABI/FATMA**Organisme** : CPAM DES HAUTS DE SEINE

01 921 000 0

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

Fait à : NANTERRE**Le** : 25/02/2025