

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 HACHEMI BOUGUETTAYA

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

numéro d'immatriculation 167129935287319

date de naissance 12 12 1967

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

3 Square Gérard Philipe , 92390 - Villeneuve-la-Garenne

• 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 EL DEBS Jad

date de prescription 25 02 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 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 HACHEMI BOUGUETTAYA

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

numéro d'immatriculation 167129935287319

date de naissance 12 12 1967

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

3 Square Gérard Philipe , 92390 - Villeneuve-la-Garenne

• 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 EL DEBS Jad

date de prescription 25 02 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 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

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

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

D JADIEL 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

(nom de famille (de naissance))

IPP : 000050590449 Sexe : M

Nom nais.: BOUGUETTAYA

Nom: BOUGUETTAYA

Prén: HACHEMI

Né(e) le: 12/12/1967



H 425001300

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)

25.02.25

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures
avec moules pour patient diabétique avec
antécédent de mal perforant plantaire.

Docteur Karim LACHGAR
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie
Hôpital Max Fourestier
403 avenue de la République
92000 NANTERREN° RPPS :
100001353126N° FINESS :
920000577Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 425001300

Nom / Prénom : BOUGUETTAYA/HACHEMI

Nom Naissance: BOUGUETTAYA

Né(e) le : 12/12/1967 à BARAKI

Adresse :

3 SQUARE GERARD PHILIPPE
92390 VILLENEUVE LA GARENNE

Tél : Télécom :

Port : 0780443761

Entré(e) le : 19/02/2025 à 15h29

Présent(e) le : 25/02/2025

ENTREE DOMICILE

ASSURÉ

N°Matricule SS : 1671299352873 19

Nom / Prénom : BOUGUETTAYA/HACHEMI

Organisme : CPAM DES HAUTS DE SEINE

01 921 000 0

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

Organisme : CPAM DES HTES SEINE CMUC

N°

Complémentaire 113 RUE DES TROIS FONTANOTS

92026 NANTERRE CEDEX

Fait à : NANTERRE

Le : 25/02/2025