

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 FATIMA KOTBI

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

numéro d'immatriculation 257209935204062

date de naissance 31 12 1957

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

40 Rue du Square , 92230 - Gennevilliers

• 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 18 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€

• appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ €

PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 07 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 FATIMA KOTBI

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

numéro d'immatriculation 257209935204062

date de naissance 31 12 1957

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

40 Rue du Square , 92230 - Gennevilliers

• 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 18 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€

• appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ €

PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 07 03 2025

signature

avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐ - motif :

date

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



Ordonnance bizona

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

n° 14465*01

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant)

Dr Basili

N° RPPS : 100001353126
N° FINSS : 920000577

92000 NANTERRE
403 avenue de la République

Hôpital Max Fournestier
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie

Docteur Karim LACHGAR

Identification de la structure

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

N° RPPS : 100001353126
N° FINSS : 920000577

92000 NANTERRE
403 avenue de la République

Hôpital Max Fournestier
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie

Docteur Karim LACHGAR

Identification du patient

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

... Mme KOTBI Fatima ...

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

Le 9.3.2025

- Une paire chaussures orthopédiques sur mesure avec les orthèses plantaires.

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

N° RPPS : 100001353126
N° FINSS : 920000577
92000 NANTERRE
403 avenue de la République
Hôpital Max Fournestier
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie
Docteur Karim LACHGAR

B O N D E C I R C U L A T I O N

CONSULTATIONS EXTERNES DU 04/03/25 à 15h33

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Motif 3654 DIABETOLOGIE CX Dossier X 125015944 IPP 2409006050
U.F. 3654 CS DIABETOLOGIE Patient MME KOTBI/FATMA
Particularité INVALID Nom J.F. KOTBI
INVALIDE Sexe FEMININ Né(e) le 31/12/1957
Adresse
Risque 10 40 RUE DU SQUARE
92230 GENNEVILLIERS
Numéro A.T. Téléphone
Employeur 0662679561

Consultation non itérative

Praticien SOINS INFIRMIERS/
Med.Trait. Médecin LEBOURG ELIS

COUVERTURES

Ass. Mal. 01921000 CPAM HAUTS DE SEINE N° S.S. : 2572099352040 62 Lim.OD 04/03/25
Assuré KOTBI/FATMA Né(e) le : 31/12/1957
Autres VIAMEDIS75 VIAMEDIS lim. OD 31/12/25
PATIENT KOTBI/FATMA

ACTES REALISES

Date	UF exécutive	Code acte	Coefficient	Nb d'actes	Praticien

En rapport avec l'ALD OUI ☐ NON ☐
Suites de K > 50 OUI ☐ NON ☐
Article 115 OUI ☐ NON ☐

Commentaire pour le bureau des consultations externes

CE DOCUMENT N'EST PAS UNE QUITTANCE ET NE DONNE DROIT A AUCUN REMBOURSEMENT

Volet à remettre à la caisse des consultations externes par le patient

kbdcirc