

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 GILLES TROCHET

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

numéro d'immatriculation 151057511401921

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 05 1951

adresse 1 Allée Georges Politzer, 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 SAYED Maha date de prescription 26 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 07 03 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 GILLES TROCHET

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

numéro d'immatriculation 151057511401921

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 05 1951

adresse 1 Allée Georges Politzer, 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 SAYED Maha date de prescription 26 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 07 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)

Dr SAYED Naha

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

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))

M. TROCHET Gilles

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

ne 1/5/1951

403 avenue de la République
92000 NANTERRE

N° RPPS : 100001353126
N° FINESS : 920000577

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

26.2.2015

*Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures
et sur moulages -
patient diabétique avec ATCD malpourt platane
orteils en jiffes fixés -
Effacement voute plantaire*

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

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

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

CONSULTATIONS EXTERNES DU 04/03/25 à 13h30

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Motif 3034 PODOLOGUE **Dossier** X 125015864 **IPP** 000000115187
U.F. 3034 PODOLOGUE **Patient** M TROCHET/GILLES
Particularité ALD **Nom J.F.** TROCHET
 ALD Affection Liste **Sexe** MASCULIN **Né(e) le** 01/05/1951
Adresse
Risque 28 1 ALLEE GEORGES POLITZER
 92000 NANTERRE
Numéro A.T. **Téléphone** 0146971096
Employeur 0663165934

Consultation non itérative

Praticien ANDRO/ERIC**Med.Trait.** Médecin LANGLAIT/CORINNE

COUVERTURES

Ass. Mal. 01921000 CPAM HAUTS DE SEINE **N° S.S. :** 1510575114019 21 **Lim.OD** 04/03/25
Assuré TROCHET/GILLES **Né(e) le :** 01/05/1951
Autres PATIENT TROCHET/GILLES

ACTES REALISES

Date	UF exécutante	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

kbcirc