

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 :

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

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

● personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom **LUIS ALBEERTO CASTRO NUNEZ**

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

numéro d'immatriculation **153129942306463**

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 **23 12 1953**

adresse
440 Boulevard des Provinces Françaises , 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 **BOUALI Houda**

date de prescription **04 03 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 **07 03 2025**

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)

VOLET 2
à adresser et à conserver
au service médical

**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 **LUIS ALBERTO CASTRO NUNEZ**

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

numéro d'immatriculation **153129942306463**

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 **23 12 1953**

adresse
440 Boulevard des Provinces Françaises , 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 **BOUALI Houda**

date de prescription **04 03 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 **07 03 2025**

signature 

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :



Ordonnance bizona

n° 14465*01

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

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Dr Bousli

Docteur Karim LACHGAR
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie
Hôpital Max Fourestier
403 avenue de la République
92003 NANTERRE

CONVENTIONNE

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

HOPITAL MAX FOURESTIER

403 AV DE LA REPUBLIQUE
92014 NANTERRE CEDEX

=> 92 0 00057 7 1 11 0 n°AM

N° RPPS : 100001353126
N° FINESS : 920000577

Identification du patient
(usage facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)

(nom de famille (de naissance) si n° d'im) IPP : 000053372834 Sexe : M
Nom nais.: CASTRO NUNEZ
Nom: CASTRO NUNEZ
Prén: LUIS ALBERTO
Né(e) le: 23/12/1953

Prescriptions relatives au traitement

H 425001562 UF : 3653

connue (liste ou hors liste)

4.3.2025

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure avec moulage pour patient diabétique type 2 avec neuropathie et mal perforant 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)

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 425001562**Nom / Prénom** : CASTRO NUNEZ/LUIS ALBERTO**Nom Naissance**: CASTRO NUNEZ**Né(e) le** : 23/12/1953 à**Adresse** :440 BVD DES PROVINCES FRANCAISES
92000 NANTERRE**Tél** :**Télécom** :**Port** : 0786952952**Entré(e) le** : 03/03/2025 à 15h00**Présent(e) le** : 04/03/2025

ENTREE TRANSFERT MCO

ASSURÉ

N°Matricule SS : 1531299423064 63**Nom / Prénom** : CASTRO NUNEZ/LUIS ALBERTO**Organisme** : CPAM DES HAUTS DE SEINE

01 921 000 0

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

Organisme : CPAM HAUTS SEINE

N°

Complémentaire CPAM HAUTS SEINE

64 RUE DU 8 MAI 1945

92026 NANTERRE CEDEX

Fait à : NANTERRE**Le** : 04/03/2025