

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 MARIE THERESE SAUTY

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

numéro d'immatriculation 254104921202981

date de naissance 05 10 1954

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

207 Rue Alfred Dequérant , 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 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€
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 ☐- 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 MARIE THERESE SAUTY

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

numéro d'immatriculation 254104921202981

date de naissance 05 10 1954

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

207 Rue Alfred Dequérant , 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 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€
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 ☐- d'ordre administratif ☐ - motif :

date

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

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Dr EL DEBS Jed

Identification de la structure

(raison sociale ou cabinet, de l'établissement n° AM, FINESS ou SIRET)
Dobert Karim LACHGAR
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie
Hôpital Max Fourestier
403 avenue de la République
92000 NANTERRE

(nom de famille)

IPP : 000000033499 Sexe : F

Nom nais.: SAUTY

Nom: SAUTY

Prén: MARIE THERESE

Né(e) le: 05/10/1954

N° RPPS :

100001353126

N° FINESS :

920000577

assuré(e)

Prescriptions relatives

H 425001215

UF : 3653

Durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

25.02.25
Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures
et sur moulages.

patiente diabétique avec des orteils déformés
et insensibles - Hallux valgus important

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)Dobert Karim LACHGAR
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie
Hôpital Max Fourestier
403 avenue de la République
92000 NANTERRE

N° RPPS :

100001353126

N° FINESS :

920000577

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

CONSULTATIONS EXTERNES DU 22/11/22 à 13h36

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Motif 3803 EXPL FONCT CARD Dossier X 021860652 IPP 000000033499
U.F. 3803 3803 EXPLO CAR Patient MME SAUTY/MARIE THERESE
Particularité MALADIE Nom J.F. SAUTY
MALADIE Sexe FEMININ Né(e) le 05/10/1954
Adresse 207 RUE ALFRED DEQUEANT
PTE 8
Risque 10 92000 NANTERRE
Numéro A.T. Téléphone
Employeur

Praticien

Consultation non itérative

Med.Trait. Médecin BAVOILLOI PH

COUVERTURES

Ass. Mal. N° S.S. : Lim.OD null
Assuré Né(e) le :
Autres PATIENT SAUTY/MARIE THERESE

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

kdbcirc

H 425001215

HOSPITALISATION

D O S S I E R A D M I N I S T R A T I F

MME SAUTY/MARIE THERESE

Né(e) à MONTJEAN/LOIRE

ENTRÉE	DATE/UF/MODE/PROVENANCE	SEXE	DATE NAISSANCE	NATIONALITÉ
Le 17/02/2025 à 14h04	UF 3653HC DIABETOLOGIE Ch/L / ENTREE DOMICILE	F	05/10/1954 70	FRANCE
		NOM DE FAMILLE		
		SAUTY		
		ADRESSE		
		207 RUE ALFRED DEQUEANT PTE 8 92000 NANTERRE		

S É J O U R	Entrée 17/02/25 14h 3653 HC	sans
	0	
	0	
	0	
	0	
	0	
	0	

P R É V E N I R	
--------------------------------------	--

ASSURÉ	CODE ORGANISME / PIÈCE JUSTIF.	RISQUE
SAUTY/MARIE THERESE	01 781 000 0 CPAM DES YVELINES	ALD Affection Liste (28)
F Né(e) le 05/10/1954 BénéficiaireAssure(e)	Pièce CDRi	N°S.S. 2541049212029 81

D É B I T E U R S	A 01781000 CPAM DES YVELINES N° 2541049212029 81	92 AVENUE DE PARIS BP 204 78014 VERSAILLES CEDEX
	P PATIENT SAUTY/MARIE THERESE	207 RUE ALFRED DEQUEANT PTE 8 92000 NANTERRE
	soeur 0671886734	

2/2

Émis le 17/02/2025

Méd. Traitant BAVOILLOI PHILIPPE
C.A.S.H. HOPITAL MAX FOURESTIER