

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 MBODA SP

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

numéro d'immatriculation 250119932278627

date de naissance 03 11 1950

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

60 Boulevard de Pesaro , 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 ☐- 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 MBODA SP

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

numéro d'immatriculation 250119932278627

date de naissance 03 11 1950

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

60 Boulevard de Pesaro , 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 ☐- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

## BULLETIN DE SITUATION

## PATIENT

**N° de dossier** : 325003783**Nom / Prénom** : MBODA/SANS PRENOM**Nom Naissance**: MBODA**Né(e) le** : 03/11/1950 à BABOUTCHE NGALEU**Adresse** :60 BVD PESARO  
92000 NANTERRE**Tél** :**Télécom** :**Port** : 0614423316**Entré(e) le** : 24/02/2025 à 11h50**Présent(e) le** : 04/03/2025

## ASSURÉ

**N°Matricule SS** : 2501199322786 27**Nom / Prénom** : MBODA/SANS PRENOM**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** : 04/03/2025



n° 14465\*01

## Ordonnance bizona

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, nom de famille)  
**Docteur Karim LACHGAR**  
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie  
Hôpital Max Fourestier  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE CONVENTIONNE

N° RPPS : 100001353126  
N° FINESS : 920000577

## 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

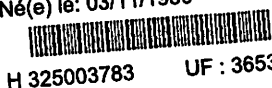
=> 92 0 00057 7 1 11 0 n°AM

## Identification du patient

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

IPP : 000034381143 Sexe : F  
n° Nom nais.: MBODA (e)  
Nom: MBODA  
Prén: SANS PRENOM  
Né(e) le: 03/11/1950

Prescriptions relatives au tra



H 325003783 UF : 3653

reconnue (liste ou hors liste)

4.3.25  
Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure  
sur moule pour patiente DT2, déformations  
des orteils inductibles et hallux valgus  
important.

Docteur Karim LACHGAR  
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie  
Hôpital Max Fourestier  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE

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

N° RPPS : 100001353126  
N° FINESS : 920000577