

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 GUSTAVE MOUNDI DJONGO

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

numéro d'immatriculation 155099932264043

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 03 09 1955

adresse 17 Allée de l'Arlequin, 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 BOUALI Houda date de prescription 18 03 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 04 04 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [ ] refus [ ] - d'ordre médical [ ]

date [ ] - d'ordre administratif [ ] - motif : .....



**Identification du prescripteur**  
 (nom, prénom et nom de famille)  
**Docteur Karim LACHGAR**  
 Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie  
 Hôpital Max Fourestier  
 403 avenue de la République  
 92000 NANTERRE

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

**N° RPPS :** 100001353126  
**N° FINESS :** 920000577  
**Identification du patient**  
 IPP : 000051397064 Sexe : M  
 Nom nais.: MOUNDI NDJONGO  
 n° d' Nom: MOUNDI NDJONGO  
 Prén: GUSTAVE  
 Né(e) le: 03/09/1955

Prescriptions relatives au trait



connue (liste ou hors liste)

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure  
 et avec moulages pour patient diabétique,  
 rempêchie, hallux valgus (K)

18.3.25

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)

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

N° RPPS : 1000133126  
N° FINESS : 920000211

Docteur Karim LACHGAR  
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie  
Hôpital Max Fournier  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE  
N° RPPS : 1000133126  
N° FINESS : 920000211

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

## BULLETIN DE SITUATION

## PATIENT

**N° de dossier** : 325004488**Nom / Prénom** : MOUNDI NDJONGO/GUSTAVE**Nom Naissance**: MOUNDI NDJONGO**Né(e) le** : 03/09/1955 à CAMEROUN**Adresse** : 17 ALLEE DE L ARLEQUIN

APPT 113

92000 NANTERRE

**Tél** : 0684679661**Télécom** :**Port** :**Entré(e) le** : 07/03/2025 à 01h22**Présent(e) le** : 18/03/2025

## ASSURÉ

**N°Matricule SS** : 1550999322640 43**Nom / Prénom** : MOUNDI NDJONGO/GUSTAVE**Organisme** : CPAM DES HAUTS DE SEINE

01 921 000 0

**Sécurité sociale** 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

**Fait à** : NANTERRE**Le** : 18/03/2025