

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 **VICTOR ZOLA KIEMBA**

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

numéro d'immatriculation **136099931282621**

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 **22 09 1936**

adresse
19 Rue du Bel-Air , 95360 - Montmagny

● 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 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 808.94€ 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 **907.92€** € PRIX DE VENTE **907.92€** €

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 02 2025**

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

Dr Bouale

Identification de l'établissement
(raison sociale du cabinet, de l'établissement ou de l'annexe, FINESS ou SIRET)

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

(nom de famille (de naissance))

IPP : 000048336817 Sexe : M
Nom nais. : ZOLA KIEMBA
Nom : ZOLA KIEMBA
Prén : VICTOR
Né(e) le : 22/09/1936



H 425000819 UF : 3653

N° RPPS : 100001353126

N° FINESS : 920000577

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

4/2-12025

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures et sur moules, patient diabétique, œdème et avec escoussure sous le 5e orteil. Picotés pied diabétique.

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

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

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 425000819

Nom / Prénom : ZOLA KIEMBAVICTOR

Nom Naissance: ZOLA KIEMBA

Né(e) le : 22/09/1936 à KITENDA

Adresse : CHEZ M METO MAYINGI
19 RUE DU BEL AIR
95360 MONTMAGNY

Tél : 0664821958

Télécom : 31/12/2024

Port : 0664821958

Entré(e) le : 31/01/2025 à 14h58

Présent(e) le : 04/02/2025

ENTREE DOMICILE

ASSURÉ

N°Matricule SS : 1360999312826 21

Nom / Prénom : ZOLA KIEMBAVICTOR

Organisme : CPAM DU VAL D'OISE

01 951 000 0

Sécurité sociale 2 RUE DES CHAUFFOURS

95017 CERGY PONTOISE CEDEX

Fait à : NANTERRE

Le : 04/02/2025