

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 HELAL MOHAMED

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

numéro d'immatriculation 169059935136952

date de naissance 08 05 1969

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

5 RUE MAURICE BERTEAUX , 95870 -

• 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 NAGENRANFT BERNARD

date de prescription 12 02 2025

identifiant 951078831

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€

• appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT 833.21€ €

PRIX DE VENTE 833.21€ €

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 **HELAL MOHAMED**

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

numéro d'immatriculation **169059935136952**date de naissance **08 05 1969**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

5 RUE MAURICE BERTEAUX , 95870 -

• 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 **NAGENRANFT BERNARD**date de prescription **12 02 2025**identifiant **951078831**

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€• appareil atypique ☐ (joindre le devis détaillé)
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)BASE DE REMBOURSEMENT **833.21€** €PRIX DE VENTE **833.21€** €

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 : 424008101**Nom / Prénom** : HELAL/MOHAMED**Nom Naissance**: HELAL**Né(e) le** : 08/05/1969 à TUNIS**Adresse** :5 RUE MAURICE BERTEAU
95870 BEZONS**Tél** :**Télécom** : 31/12/2024**Port** : 0649826993**Entré(e) le** : 03/12/2024 à 10h39**Présent(e) le** : 03/12/2024

Domicile

ASSURÉ

N°Matricule SS : 1690599351369 52**Nom / Prénom** : HELAL/MOHAMED**Organisme** : CPAM DU VAL D'OISE

01 951 000 0

Sécurité sociale 2 RUE DES CHAUFFOURS

95017 CERGY PONTOISE CEDEX

Fait à : NANTERRE

Le : 03/12/2024

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

DOCTEUR NAGENRANFT BERNARD

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

Identification de la structure

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

10 R PIERRE JOLY

95100 ARGENTEUIL

=> 95 1 07883 1 00 1 11 1 01 n°AM

Identification du patient

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

Cur Helal Mohamed
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))

le 14/2/2025

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

1 paire de chaussures orthopédiques
sur mesure (large)

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

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).