

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 ZULMEA PASCAL

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

numéro d'immatriculation 1 7 2 0 8 9 7 2 0 9 1 0 1 7 3

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 0 5 0 8 1 9 7 2

adresse 11 ALLEE ERMOND DANTES 02600 - VILLERS COTTERETS

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 HARRATHI Chaouki date de prescription 1 8 0 1 2 0 2 4

identifiant 7 7 0 0 0 0 4 4 6 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)

LPP 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

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

BASE DE REMBOURSEMENT 834.02 € PRIX DE VENTE 834.02 €

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 TEL : 01 82 01 96 41

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 0 2 0 2 2 0 2 4 signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical - d'ordre administratif motif

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom ZULMEA PASCAL

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

numéro d'immatriculation 1 7 2 0 8 9 7 2 0 9 1 0 1 7 3

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 0 5 0 8 1 9 7 2

adresse 11 ALLEE ERMOND DANTES 02600 - VILLERS COTTERETS

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 HARRATHI Chaouki date de prescription 1 8 0 1 2 0 2 4

identifiant 7 7 0 0 0 0 4 4 6 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)

LPP 2689974 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe A, la paire
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

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

BASE DE REMBOURSEMENT 834.02 € PRIX DE VENTE 834.02 €

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
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 0 2 0 2 2 0 2 4

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :



**GRAND HOPITAL EST FRANCILIEN**  
**Site de Meaux**  
6-8 rue Saint-Fiacre – BP 218 – 77104 MEAUX cedex

**POLE TETE ET LOCOMOTEUR**  
**Consultations Externes de Chirurgie**  
☎ 01 64 35 38 88 – ☎ 01 64 35 37 49  
**Service Orthopédie**

☎ 01 64 35 38 62 / 35 64 – ☎ 01 64 35 37 20

**Service de Chirurgie**  
**Orthopédique et**  
**Traumatologique**

Meaux, le 18/01/2024

**Dr Maurice THIONG'O**  
Chef de Service  
Chirurgien des hôpitaux

mthiongo@ghef.fr

RPPS :   
10100344257

**CADRES DE SANTE :**  
M Nordin  
mnordinei@ghef.fr

**SECRETARIAT :**  
Hospitalisation et  
consultations  
☎ 01 64 35 38 62  
☎ 01 64 35 37 20

ZULMEA  
PASCAL  
NN : ZULMEA  
EP : 612749486 05/08/1972 M  
  
H : 1754 M : 1754 LE 18/01/2024  
IPP : 400133761 51 ans

chaussures orthopédiques

7

Grand Hôpital de l'Est Francilien  
Service d'ORTHOPEDIE  
Docteur Chaouki HARRATHI

**Docteur C. HARRATHI**

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

### attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement par l'employeur lors de la délivrance)

#### l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

o identification

nom de l'organisme  
adresse

code de l'organisme gestionnaire

#### la victime

o identification

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) **ZULMEA**  
prénom **Pascal** date de naissance **05 08 1972**  
adresse **41, rue Pierre Guen** commune **VERSIGNY**  
code postal **60 440**  
numéro d'immatriculation **172 08 97 209 101 F3**

#### l'employeur

o identification

nom et prénom ou raison sociale **KEOLIS CIF**  
adresse **34, rue de Guivry**  
code postal **77 990** commune **LE MÉSNIL-AMELOT**  
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime **562 09 1 132 00059**  
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ? **oui** non

#### l'accident du travail ou la maladie professionnelle

o accident du travail

date **20 mai 2021**  
rechute du

o maladie professionnelle

date de la constatation médicale  
rechute du

o lésions

nature **fractures / Douleurs**  
siège **Tibia et pied gauche**

o numéro AT/MP (à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de rechute)

**KEOLIS**

signature

77231 Dammartin en Goële Cedex  
Tel : 01 60 54 54 54 - Fax : 01 60 54 54 58  
www.keolis-cif.com  
Siret : 562 091 132 00059

#### demande de renouvellement

(à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins)

adresse  
code postal commune

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident

date