cerfa

n° 11164*04

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 :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

• **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom LOPEZ MARTINE

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

numéro d'immatriculation 2 4 9 0 8 7 5 1 1 0 0 1 2 5 0

date de naissance 0 1 0 8 1 9 4 9

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
EHPAD CASH NANTERRE 403 AVENUE DE LA RÃ‰PUBLIQUE 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 KADRI Maria date de prescription 1 9 0 8 2 0 2 3

identifiant 9 2 0 0 0 0 5 7 7 n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

• **position de la demande**

1ère attribution [ ] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [X] réparation [ ] *numéro de l'appareil*

• **références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)**

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

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

BASE DE REMBOURSEMENT 808.94 **€** **PRIX DE VENTE** 808.94 **€**

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 94263116 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 5 0 7 2 0 2 4 signature

avis du médecin conseil

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

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

date .....

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale). La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 3604d

cerfa

n° 11164*04

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 2
à adresser et à conserver au service médical

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

- **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom LOPEZ MARTINE

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

numéro d'immatriculation 2 4 9 0 8 7 5 1 1 0 0 1 2 5 0

date de naissance 0 1 0 8 1 9 4 9

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
EHPAD CASH NANTERRE 403 AVENUE DE LA RÃ‰PUBLIQUE 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 KADRI Maria date de prescription 1 9 0 8 2 0 2 3

identifiant 9 2 0 0 0 0 5 7 7 n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

- **position de la demande**

1ère attribution [ ] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [X] réparation [ ] *numéro de l'appareil*

- **références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des fournitures)**

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

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

BASE DE REMBOURSEMENT 808.94 **€** **PRIX DE VENTE** 808.94 **€**

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 94263116 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 5 0 7 2 0 2 4 signature

avis du médecin conseil

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

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

date .....

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale). La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

S 3604d

Date des soins : 01/03/2023

Identifiant (NIR) : 2490875110012 50

Information de l'ouvrant droit

Nom de famille : SAJOT

Nom d'usage : LOPEZ

Prénom : MARTINE

Information du bénéficiaire des soins

Nom de famille : SAJOT

Prénom : MARTINE

Date de naissance/rang : 01/08/1949 1

Code grand régime : 01 Caisse gestionnaire : 921 Centre de paiement/clé : 000 4 Code gestion : 11

Centre de gestion : 0000

Ouverture des droits (régime de base) :	**Du 01/12/2020 Au 11/11/2023**
Exonération du ticket modérateur :	
Exonération limitée aux soins relatifs à l'affection liste	**Du 01/12/2020 Au 11/11/2023**
Modulation du ticket modérateur :	**NON**
Complémentaire santé solidaire :	**NON**
Médecin traitant (à la date des soins) :	**OUI**

Ordonnance bizone

cerfa

n° 14465*01

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 et identifiant)

Dr Maria KADRI
Praticien Hospitalier
Responsable USLD
CASH de Nanterre
403 av. de la République - 92000 Nanterre

N° RPPS 10100761138
N° FINESS 920029543

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

N° Finess : 920000577

(nom de famille (de n

IPP 0000492092 Sexe : F
Nom nais.: SAJOT
Nom: LOPEZ
Prén: MARTINE
Né(e) le: 01/08/1949

E 020201683 UF : 4106

ompléter par le

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

(AFFECTION EXONERANTE)

Le 19/08/23

Renouvellement de chaussures orthopédiques sur mesure avec orthèse plantaire.

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

Dr Maria KADRI
Praticien Hospitalier
Responsable USLD
CASH de Nanterre
403 av. de la République - 92000 Nanterre

N° RPPS
N° FINESS

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).