

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 1 à adresser au service médical et destiné au service administratif

date de réception :

le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 jours,	
à compter de la date de réception, équivaut à un accord	

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e) personne bénéficiaire de l'appareillage nom et prénom CHANTAL NAPIONE (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) 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) 244107510606704 numéro d'immatriculation 13 10 1944 date de naissance 113 Rue des Trois Fontanot, 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 • conditions de prise en charge de l'appareillage maladie x soins en rapport avec une ALD : oui accident du travail ou maladie professionnelle date autre • identification du prescripteur nom et prénom BENSALMA-TIGUERCHA Razika 16 07 2024 date de prescription identifiant 92000577 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 A, la paire LPP 2689974 735.04€ Moulage, guelle gue soit la hauteur LPP 268 1257 49.49€ Moulage, guelle gue soit la hauteur LPP 268 1257 49.49€ appareil atypique (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 834.02€ identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES raison sociale adresse Phan & Lenoble Associés 67 PODO-ORTHESE Centre de Podo-Orthèse Appliquée CONVENTIONNE 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 1 6 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1 identifiant date signature 19 07 2024 K 🛰 médecin conseil - d'ordre médical accord refus d'ordre administratif - motif:..... date



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 médical

- motif:.....

le défaut de réponse de l'organisme,	dans un délai de 15 iou	date de	réception :			
à compter de la date de réception,	, équivaut à un accord					
personne bénéficiaire de l'	appareillage et assuré(e)					
personne bénéficiaire de l'appareillage						
nom et prénom CHANTAL NAPIONE (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))						
numéro d'immatriculation 244107510606704	1 11 . 1	nom et n° du centre de j	paiement ou de la section			
244107310000704		mutualiste (pour les so l'organisme convention	paiement ou de la section ilariés) ou nom et n° de né (pour les non salariés)			
date de naissance 13 10 1944						
adresse 113 Rue des Trois Fontanot , 92000 - Nante	erre					
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'o	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						
= -	er 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		a	utre 🗌			
• identification du prescripteur						
nom et prénom BENSALMA-TIGUERCHA Razika	date de prescription	16 07 2	2024			
identifiant 92000577 n° structure (A	M, FINESS ou SIRET)					
• position de la demande	M, FINESS OU SIREI)					
1ère attribution 2ème attribution appareil provisoire	renouvellement répa	aration	numéro de l'appareil			
• références L.P.P. de l'appareil (codes et désignation des	fournitures)					
Chaussure Orthopédique sur mesure, de cl	asse A. la paire Li	PP 2689974 7	/35.04€			
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 2681257 49.49€						
Moulage, quelle que soit la hauteur LPP 268						
• appareil atypique [joindre le devis détaillé)						
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale) BASE DE REMBOURSEMENT 834.02€		PRIX DE VENTE	_834.02€ €			
			054.020			
identification du fournisseur	et de la structure dans l	aquelle il exerce				
nom et prénom SARL PHAN LENOBLE ASSOCIES	raison sociale adresse Phan & Len	nhle Associé	2			
67 PODO-ORTHESE						
CONVENTIONNE	Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN					
12 RUE MIRABEAU	12, 140 14110	15CUU 5425	o chemin			
94230 - CACHAN	n° structure					
identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1	(AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9	8690000	0016			
date 19 07 2024 signature						
10 0, 2027	low	-				
avis du médecin conseil						
accord refus	- d'ordre médical					

- d'ordre administratif

BULLETIN DE SITUATION

Ν°

C.A.S.H. HOPITAL MAX FOURESTIER

92000 NANTERRE Tél: 0147696565 Fax: 0147696735 920000577

A remettre immédiatement à votre caisse d'assurance maladie en cas d'arrêt de travail

N° de dossier : 324013553

Nom / Prénom: NAPIONE/CHANTAL

Nom Naissance: NAPIONE

Né(e) le :

13/10/1944 à PARIS 6E ARRONDISSEMENT

3 ALLEE CLAUDE BERNARD Adresse:

92000 NANTERRE

N°Matricule SS: 2441075106067 04

Nom / Prénom:

: CPAM DES HAUTS DE SEINE Organisme Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

> 92000 **NANTERRE**

Assuré(e): NAPIONE/CHANTAL

Bénéf: 01 Risq: 28

: CPAM DES HTES SEINE CMUC Organisme

Complémentaire 113 RUE DES TROIS FONTANOTS

92026 **NANTERRE CEDEX**

10/07/2024 à 01h07 Entré(e) le

TOUJOURS PRESENT A CE JOUR : 16/07/2024

Fait à : NANTERRE Le: 16/07/2024

Visa du bureau des entrées

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 3 destiné à l'organisme d'assurance maladie (service médical)

	partie a completer par l'assure(e)
personne bénéficiaire de	L'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin,

nom et prénom / lune

(nom de famille (de naissance), suivi de 894107510606709 numéro d'immatriculation

nom et nº du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et nº de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date d'entrée

date de naissance adresse

• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage nest pas l'assuré(e))

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

numéro d'immatriculation en cas d'hospitalisation en cours

la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

• le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage

-n Jank mande et de l'aquilibé

regulite de longuer

nom et préno Hospitalisation raison so 92000 NANTERRE

Hôpital Max Fourestier 403, avenue de la République

92000 NANTERRE Tél. 01 47 69 63 92

identifiant Fax 01 47 69 72 24

N° RPPS: 10108867515

date

Quiconque se rend coupable de frande on de fansse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/on 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). 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 auprés de votre organisme pour les données vous concernant.

signature

n° structure



date

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

VOLET 1 conserver par l'assuré(e)

11 12042 02			a conserve	er par t'assure(e)
) <u> </u>		ompléter par Bassuré(e), 🗀		
personne bénéficiaire de l	'appareillage (la ligne "nom et pi	rénom" est obligatoirement remp	lie par le médecin)	management to a second and are a second second
nom et prénom	NAP (ONE) du nom d'usage (facultatif et s'il y a lice	Mantal		
numéro d'immatriculation		0606704	nom et n° du centre de paiem mutualiste (pour les salarié l'organisme conventionné (po	s) ou nom et n° de
date de naissance	13101344		, 20 Carrente Carrente (b.	
adresse			Монерован и до населения в поставления в по	
	nne qui bénéficie de l'appareillage nes	l pas l'assuré(e))		
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suiv	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lie	u))		
numéro d'immatriculation		<u> </u>		
en cas d'hospitalisation e	n cours			
date d'entrée	service :			
• la prescription fait-elle s	uite à un accident causé par un	tiers ?		
oui 🗌 date	n n	on 🔲		
partie à compléter par le	preséripteur (ATTENTION : 500	dever les volets 1 et 2 pour com	pléter la partie confidentiel	le du volet 3)
o conditions de prise en	charge de l'appareillage			
maladie 🔀 soins en rapport	avec une ALD : oui 🔀 non 🗌	soins dispensés au titre d'une p	ension militaire (art. L.115) oui 🔲 non 🔲
accident du travail ou mals	die professionnelle 🔲 d	ate	autre	П
• type d'appareil				
designed i detallica i Personal della completa i manifestatione della della construcció della construcció della della construcció della della construcció de			and the state of t	racy (* 1800) general de la companya
prothèse membre supérieur	prothèse membre in	=	_	
orthèse membre supérieur	orthèse membre in	férieur i orthèse	tronc	
prothèse oculaire et maxillo-l	faciale podo-o	rthèses 🕍 appare (art. R	Il atypique sur devis	ociale)
• nature de l'appareil				
définitif 🔏	provisoire 🗌	renouvellemen		réparation 🔲
 descriptif précis de l'aj 	ppareil (matériaux, segmen	ts, moyens de jonctions, e	te)	
Chaussures othy	sédjus su	mesure su	moleges a	lesse A.
pen Iir	15 7.2cm.		•	
		Dr Razika BENSAI	MA-TIGUERCH	Α
		Prati	cien	
unità da Garia	Jackithra a filluprescripte	ur etidella structure dans la	dell'Accerce	
Hospitalie	sation		Fourestier	
Hôpital Max F	Ourestier	493 avenue de	ia République	<i>F</i>
403, avenue de la	République	92000 NA	VIERRE	
92000 NAN	TERRE	N° Finess : 10	7108867515	
Tél. 01 47 6		N° Finess : 9	200005//	
identifiarFex 01 47 6		n° structure		

UCANSS - Édition 02/2016 - Barlerin