

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 CHANTAL NAPIONE

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

numéro d'immatriculation 244107510606704

date de naissance 13 10 1944

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

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

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 BENSALMA-TIGUERCHA Razika

date de prescription 16 07 2024

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 A, la paire LPP 2689974 735.04€
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 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

n° structure

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

date 19 07 2024

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 CHANTAL NAPIONE

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

numéro d'immatriculation 244107510606704

date de naissance 13 10 1944

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

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

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 BENSALMA-TIGUERCHA Razika

date de prescription 16 07 2024

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 A, la paire LPP 2689974 735.04€
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 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

n° structure

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

date 19 07 2024

signature

avis du médecin conseil

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

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BULLETIN DE SITUATION

C.A.S.H. HOPITAL MAX FOURESTIER

null

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

Adresse : 3 ALLEE CLAUDE BERNARD

92000 NANTERRE

N°Matricule SS : 2441075106067 04

Nom / Prénom :

Organisme : CPAM DES HAUTS DE SEINE

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

Assuré(e) : NAPIONE/CHANTAL

Bénéf : 01 Risq : 28

Organisme : CPAM DES HTES SEINE CMUC

N°

Complémentaire 113 RUE DES TROIS FONTANOTS

92026 NANTERRE CEDEX

Entré(e) le 10/07/2024 à 01h07

TOUJOURS PRESENT A CE JOUR : 16/07/2024

Fait à : NANTERRE

Le : 16/07/2024

Visa du bureau des entrées

partie à compléter par l'assuré(e)

- **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

Mme NAPIONE CHANTAL

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

numéro d'immatriculation

8441075106067 04

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

13/09/1964

adresse

- **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

- **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée

service :

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

oui ☐ datenon ☐

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

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

Pathologie de 79 ans, poids de
douleur de la bouche dents malades
à la jambe
Tb de la main et de l'équilibre
avec inégalité de longueur de dents
supérieures de 10 mm.
nécessite d'un chariot adapté
(Risque de chute + etc.)

Razika BENSALMA-TIGUERCHA
Praticien
Service d'UGA
Hôpital Max Fourestier
100 avenue de la République

nom et prénom

Hospitalisation
Hôpital Max Fourestier
403, avenue de la République
92000 NANTERRE
Tél. 01 47 69 63 92
Fax 01 47 69 72 71

identifiant

raison sociale **92000 NANTERRE**
N° RPPS : 10108867515
adresse **N° Finess : 920000577**

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature

partie à compléter par l'assuré(e)

• personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **Mme NAPIONE Chantal**
 (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
 numéro d'immatriculation **24 410 751 06 06 70 4**
 date de naissance **13/10/1944**

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

• 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

• en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service :

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

oui ☐ date ☐ non ☐

partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soulever les volets 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet 3)

• conditions de prise en charge de l'appareillage

maladie ☒ soins en rapport avec une ALD : oui ☒ non ☐ soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L. 115) oui ☐ non ☐
 accident du travail ou maladie professionnelle ☐ date ☐ autre ☐

• type d'appareil

prothèse membre supérieur ☐ prothèse membre inférieur ☐
 orthèse membre supérieur ☐ orthèse membre inférieur ☐ orthèse tronc ☐
 prothèse oculaire et maxillo-faciale ☐ podo-orthèses ☒ appareil atypique sur devis ☐
 (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

• nature de l'appareil

définitif ☒ provisoire ☐ renouvellement ☐ réparation ☐

• descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

**Chaussures orthopédiques sur mesure surmoulées classe A.
 pour ILM 7 2cm.**

Dr Razika BENSALMA-TIGUERCHA
 Praticien

Unité de Gériatrie et de Neurologie Services d'IGA

Hospitalisation
Hôpital Max Fourestier
403, avenue de la République
92000 NANTERRE
Tél. 01 47 69 63 92
Fax: 01 47 69 72 24
 nom et prénom **FAL**
 adresse **92000 NANTERRE**
 N° RPPS : 10108867515
 N° Finess : 920000577
 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date **16/07/2024** signature