

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 FATIMA EL BRIDI

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

numéro d'immatriculation 253039938054695

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 03 1953

adresse 185 RUE SALVADOR ALLENDE , 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 BOUALI Houda date de prescription 02 07 2024

identifiant 920000577 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 B, la paire LPP 2620400 808.94€
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 907.92€ € PRIX DE VENTE 907.92€ €

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

raison sociale
adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

identifiant 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1

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

date 19 07 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

date [] - 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 FATIMA EL BRIDI

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

numéro d'immatriculation 253039938054695

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 03 1953

adresse 185 RUE SALVADOR ALLENDE , 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 BOUALI Houda date de prescription 02 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 B, la paire LPP 2620400 808.94€
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 907.92€ € PRIX DE VENTE 907.92€ €

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

date - d'ordre administratif - motif :

Ordonnance bizona

Articles L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur
(nom, prénom, fonction)

HÔPITAL MAX FOURESTIER
 Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
 Service de Diabétologie-Endocrinologie
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE
 Fax : 01.47.69.63.91
 N° Finess : 92000577
 CONVENTIONNÉ

Dr Bouali

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

HOPITAL MAX FOURESTIER
 403 AV DE LA REPUBLIQUE
 92014 NANTERRE CEDEX

000577 1 11 0 n°AM

(nom de famille (de naissance) / Sexe : F)
 IPP : 000000139414
 Nom nais. : EL BRIDI
 Nom : ELBRIDI
 Prén : FATIMA
 Né(e) le : 13/03/1953
 H 324012214 UF : 3653

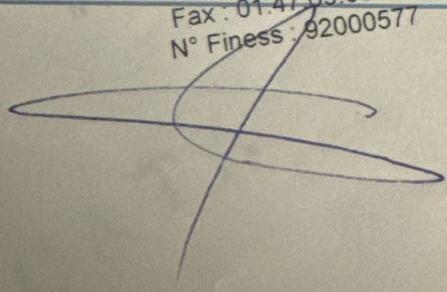
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

02/07/2024

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures
 et sur mollets
 Partante diabétique
 Hallux valgus -
 Onguent en griffes
 Plac perforant.

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

HÔPITAL MAX FOURESTIER
 Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
 Service de Diabétologie-Endocrinologie
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE
 Fax : 01.47.69.63.91
 N° Finess : 92000577



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 : 324012214

Nom / Prénom : ELBRIDI/FATIMA

Nom Naissance : EL BRIDI

Né(e) le : 13/03/1953 à

Adresse : CHEZ MME TABRI
185 RUE SALVADOR ALLIENDE
92000 NANTERRE

N°Matricule SS : 2530399380546 95

Nom / Prénom :

Organisme : CPAM DE SEINE ET MARNE

Sécurité sociale PRESTATION DE SANTE

77605 MARNE LA VALLEE CEDEX 03

Assuré(e) : ELBRIDI/FATIMA

Bénéf : 01 Risq : 10

Entré(e) le 21/06/2024 à 20h07

TOUJOURS PRESENT A CE JOUR : 02/07/2024

Fait à : NANTERRE

Le : 02/07/2024

Visa du bureau des entrées