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 SIMONET JEAN-CLAUDE

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

numéro d'immatriculation 146127506901088

date de naissance 08 12 1946

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
37 BLD EMILE ZOLA / APPT8 , 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 D'ABBUNDO ANNA date de prescription 15 03 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€

• **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

identifiant

raison sociale
adresse

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

date 13 09 2024 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 SIMONET JEAN-CLAUDE

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

numéro d'immatriculation 146127506901088

date de naissance 08 12 1946

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
37 BLD EMILE ZOLA / APPT8 , 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 D'ABBUNDO ANNA date de prescription 15 03 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€

- **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

identifiant

raison sociale
adresse

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date 13 09 2024 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° 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L.322-3, 3° et 4°, L.324-1 et R.161-45 du code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur

Docteur D'ABBUNDO ANNA
RPPS :

Identification de la structure

HOPITAL MAX FOURESTIER Spécialité : MEDECINE DIABETOLOGIE
403 Avenue de la République
92000 NANTERRE
N° Finess : 920000577

Identification du patient

NIP : 000000120131
Nom : SIMONET Prénom : JEAN-CLAUDE
Né(e) le : 08/12/1946 Age : 77 ANS
Numéro d'immatriculation : 146127506901088

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

UNE PAIRE DE CHAUSSURE SUR MESURE SUR MOULAGE

QSP 1AN

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

Le vendredi 15 mars 2024
Dr D'ABBUNDO ANNA

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

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). S3321b

IDENTIFICATION DU PATIENT

PATIENT
NIR : **1461275069010**
RATTACHEMENT
Régime : **REGIME GENERAL**
DROITS
Droits à la date du jour : **OUI**
Exonération : **OUI**
MT : **OUI**

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes régissant les remboursements des soins.

Document CNAM - Tous droits réservés - 22/03/2024