

## 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

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		apparemage et assure(e	)		
nom et prénom GUNGAP	AM JAYRAZ				
	ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))				
numéro d'immatriculation	158109939040547		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	27 10 1958		J v		
- d					
3bis Rue Victor Hu	ugo , 92700 - Colombes				
• assuré(e) (à remplir si la pers	sonne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l	'assuré(e))			
nom et prénom					
(nom de famille (de naissance), su	ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))				
numéro d'immatriculation					
10.0		er par le fournisseur			
<b>_</b> _	charge de l'appareillage				
maladie soins en rappo	rt avec une ALD : oui 🗶 non				
accident du travail ou ma	ladie professionnelle date		autre		
<ul> <li>identification du preso</li> </ul>	cripteur				
nom et prénom BOUALI	Houda	date de prescriptio	n 12 11 2024		
identifiant 920005	77           n° structure (	AM, FINESS ou SIRET)			
<ul> <li>position de la demand</li> </ul>		III, I II LUU SUU SIRLII)			
1ère attribution					
• références L.P.P. de l'	appareil (codes et désignation de	s fournitures)			
Moulage, quelle qu	pédique sur mesure, de c ue soit la hauteur LPP 268 ue soit la hauteur LPP 268	31257 49.49€	_PP 2620400 808.94€		
• appareil atypique (jo (art. R. 165-25 du Code séc					
BASE DE REMBOURSEM	,		PRIX DE VENTE   907.92€		
identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce					
67 POD CONVEI 12 RUE	HAN LENOBLE ASSOCIES O-ORTHESE NTIONNE MIRABEAU - CACHAN		noble Associés Podo-Orthèse Appliquée rabeau - 94230 CACHAN		
	3 <sub>1</sub> 1 <sub>1</sub> 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)   5   2   9	98690000016		
date 29 11 2024	signature	Une			
avis du médecin conseil					
accord	refus	- d'ordre médical	]		
	icius	- 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

le d	éfaut de réponse de l'organisme, à compter de la date de réception	dans un délai de 15 jo a, équivaut à un accord	urs, date de réception :		
personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)  • personne bénéficiaire de l'appareillage					
nom et prénom GUNGAR					
	ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))				
numéro d'immatriculation	158109939040547		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	27 10 1958		, and the second		
adresse 3bis Rue Victor Hu	ugo , 92700 - Colombes				
• assuré(e) (à remplir si la pers	onne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'	'assuré(e))			
nom et prénom					
	ivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	1 11 . 1			
numéro d'immatriculation	nartia à complát	er par le fournisseur			
• conditions de prise en	charge de l'appareillage	er par le four misseur			
	rt avec une ALD : oui 🔭 non				
accident du travail ou ma	ladie professionnelle date		autre		
• identification du preso	eripteur				
nom et prénom BOUALI	Houda	date de prescription	12 11 2024		
identifiant 9200057	77           n° structure (2	AM, FINESS ou SIRET)			
<ul> <li>position de la demand</li> </ul>					
1ère attribution X 2ème a	ttribution appareil provisoire	renouvellement rég	paration		
• références L.P.P. de l'	appareil (codes et désignation de		numéro de l'appareil		
Moulage, quelle qu	pédique sur mesure, de cl ue soit la hauteur LPP 268 ue soit la hauteur LPP 268	1257 49.49€	PP 2620400 808.94€		
• appareil atypique (jo (art. R. 165-25 du Code séc BASE DE REMBOURSEMI	ENT  907.92€ €		PRIX DE VENTE   907.92€   €		
	identification du fournisseu	r et de la structure dans	laquelle il exerce		
67 POD CONVEI 12 RUE 94230 -	HAN LENOBLE ASSOCIES O-ORTHESE NTIONNE MIRABEAU CACHAN 3   1   1 6 9 - CONV 1	12, rue Mir	noble Associés Podo-Orthèse Appliquée abeau - 94230 CACHAN		
date 29 11 2024					
29 11 2024					
	avis du n	nédecin conseil			
accord	refus	- d'ordre médical			

- d'ordre administratif

\_\_\_ - motif:.....



## prescription médicale pour grand appareiliage

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

VOLET 1 à conserver par l'assuré(e)

	parties com	déter par l'assuré(e), 🗀	a and a second second	*****
• personne bénéficiaire de	Hannaroillago da lima "uam at printe	m" øst obligatoirement rempi	ie par le médecin)	
nom et prénom	IPP:000055417312 Sexe:	M	Name and Associated to the State of the Stat	
(nom de famille (de naissance), sui	Nom nais.: GUNGARAM			
numéro d'immatriculation	Nom: GUNGARAM Prén: JAYRAZ		nom et n° du centre de paiement ou de mutualiste (pour les salariés) ou na l'organisme conventionné (pour les no	? la section om et n° de on salariés)
date de naissance	Né(e) le: 27/10/1958	W		
adresse				
	H 424007503 UF: 3653	3		
	onne qui bénéficie de l'appareusage ness pus	t want(r))		
nom et prénom	vi du nom d'usage (facultatif et s'il y a licu))			
numéro d'immatriculation	a a nom a asage que anaig er s u s a neu/	1		
• en cas d'hospitalisation e	en cours			
date d'entrée	service :			
• la prescription fait-elle s	suite à un accident causé par un tie	rs ?		
oui 🗌 date 📋	non [			
	e prescripteur ( APTENTION : souleve	r les volets 1 et 2 pour com	pléter la partie confidéntielle du ye	det 3)
	charge de l'appareillage			
maiaule Lesoins en rapport	avec une ALD : out 🔼 non 🗀 som	s dispenses au utre d'une p	ension militaire (art. L.115) oui	non
accident du travail ou mai	ladie professionnelle 🔲 date		autre 🔲	
<ul> <li>type d'appareil</li> </ul>		T) di Biranno, ayawan ngawayin sadan digita, birata, asilan sa Asilana y Agamayinan, yawan na ay	hand of the following or a more than individual accessors, processoring and consistent forces, purify an honoring behaviors.	**************
prothèse membre supérieur	prothèse membre inférie	eur 🗆		
orthèse membre supérieur	orthèse membre inférier	_	trone	
prothèse oculaire et maxillo-	_		_	
producse oculaire et maxino-	faciale podo-offices	es (art. R.	l atypique sur devis   165-25 du Code sécurité sociale)	
• nature de l'appareil				
définitif 🙀	provisoire	renouvellement	répar	ation _
<ul> <li>descriptif précis de l'a</li> </ul>	ppareil (matériaux, segments, n	noyens de jonctions, et	c)	
U. peri.	1 d sies	May and	my En wh	
ica prim				
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	de dusses		•	
	identification du prescripteur e	Pin and an inches	Este II evere	
	Bouchon du prescripteur et la constant de Diabel	FOOTBLACHE	-10	
nom et prénom	O ALBOUTAL MAN	Hell Karule doctinol	Alla	
DV 8	Docation Symplet	alogie-Enuverique	•	
	Chef de 3de Diabel	de la Republic		
	Bocaldon AL MAX Chef de Sentre Do Service de Diabél Service de Diabél A03 avenue	MANTERRE		
	403 <sup>2</sup> 92000	cleur Endochious ologie Endochious de la République de la République NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE NANTERRE		
identifiant		I NASK LINGSMANING		
date 12/14/8	Co ZC signature Fix	1622.		

UCANSS - Édition 02/2016 - Barlerin

S 3135 b

## cerfa n° 12042\*02

HUMECTEZ ICI

### 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)
o personne hénéficiaire de l'annareilles	partie à compléter par l'assuré(e) ge (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie	a nan la midacia)
entre de la companya	c (ta tigne "nom et prenom" est obligatoirement remptie	par te meaecin)
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usag	0.1	
numéro d'immatriculation	IDD - 000055417312 Sexe: W	1 et n° du centre de paiement ou de la section 'ualiste (pour les salaries) ou nom et n° de
numero d'immatreulation	Nom nais.: GUNGARAM	'ualiste (pour les salariés) ou nom et n° de ganisme conventionné (pour les non salariés)
date de naissance	Nom: GUNGARAWI	
	Drán: JAYRAZ	Marc 10 State of the confidence of continuous continuous and continuous conti
adresse	Né(e) le: 27/10/1958	
	- I I TERRETARI TERRETARI EN LE TERRETARI EN LA TERRETARIA EN LA TERRETARIA DE LA TERRETARIA DE LA TERRETARIA EN LA TERRETARIA DE LA TERRETARI	
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéfic	cie 4 114007503 UF : 3653	Katamata
nom et prenom	H 424007500	
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usag	e (facultatif et s'il y a lieu))	
numéro d'immatriculation		
<ul> <li>en cas d'hospitalisation en cours</li> </ul>		
date d'entrée	service :	
• la prescription fait-elle suite à un acc	cident causé par un tiers ?	
oui date	non 🗆	
partie conf	identielle réservée à l'information du méde	cin conseil
	ous les éléments médicaux justifiant la prise en	
- I preser pear and marque of account		9
Dastign L Nampshe.		HUMECTEZ ICI
identilica	HÔPITAL MAY FONDA LACHO  HÔPITAL MAY FONDA LACHO  HÔPITAL MAY FONDA LACHO  Chef de Service Diabelologie Republique  Chef de de Diabelologie Republique  Service de Pointe de la RERE	rctic il exerce
nom et prénom	HÔPITAL MAY FOURE ACHO HÔPITAL MAY FOURE LACHO HÔPITAL MAY FOURE KARIM LACHO Chef de Service Diabelogie la République Chef de de Diabelogie la République Chef de Service Doctor Chef de Service	ogie
	"Kann' Acrino	
	TAL MOOREUS Engueria	<b> </b>
	HOPI CONICE LA JOIOGIC REPUID	i I
i	orde Seigniaber de la CRRE	
	HÔPITAL MAY Kammucinon HÔPITAL MAY Kammucinon HÔPITAL MAY Kammucinon HÔPITAL MAY Kammucinon Chef de Service Diabetologie Endocrinon Chef de Service de Diabetologie République Chef de Service de Diabetologie République Chef de Service Diabetologie ERRE Service de Diabetologie République Chef de Service Diabetologie Service de Diabetologie Service Diabetologie Endocrinon Chef de Service Documento Chef de Service Diabetologie Chef de Service Diabetol	4
identifiant	Service 3 avenue 1 1855 69 63 51 52 50 51 52 50 51 52 50 51 52 50 51 52 50 51 52 50 51 52 50 51	
$f \circ f A \cdot f \circ \cdots$	920, 01.4, 92000	Ę
date difficulty	signature Fax: ness	prisonnement S 3135 b
A	No FILE	on response to the second seco
Quiconque se rena coupable de fraude ou de fausse de (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles	ctaration est passible de pendities financières, d'amende el/ou d'em L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).	prisonnement S
La 101 nº 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l' formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectificat	'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses fo tion auprés de votre organisme pour les données vous concernant.	ites sur ce S 3135 b S

92000 **NANTERRE**  N° FINESS: 920000577

#### **BULLETIN DE SITUATION**

**PATIENT** 

**N° de dossier** : 424007607

Nom / Prénom : GUNGARAM/JAYRAZ

Nom Naissance: GUNGARAM

Né(e) le

: 27/10/1958 à ILE MAURICE

Adresse

3 BIS RUE VICTOR HUGO

92700 COLOMBES

Tél

Télécom:

Port:

Entré(e) le

: 14/11/2024

à 13h30

Présent(e) le : 26/11/2024

**MUT MCO** 

#### **ASSURÉ**

N°Matricule SS: 1581099390405 47 Nom / Prénom : GUNGARAM/JAYRAZ

: CPAM DES HAUTS DE SEINE Organisme

01 921 000 0

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 **NANTERRE** 

: CPAM DES HTES SEINE CMUC Organisme

N°

**Complémentaire 113 RUE DES TROIS FONTANOTS** 

92026 **NANTERRE CEDEX** 

Fait à: NANTERRE Le: 26/11/2024