

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 GUNGARAM JAYRAZ

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

numéro d'immatriculation 158109939040547

date de naissance 27 10 1958

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

3bis Rue Victor Hugo , 92700 - Colombes

• 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 12 11 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 29 11 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 médical

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 GUNGARAM JAYRAZ

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

numéro d'immatriculation 158109939040547

date de naissance 27 10 1958

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

3bis Rue Victor Hugo , 92700 - Colombes

• 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 12 11 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

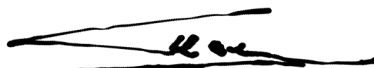
adresse Phan & Lenoble Associés
Centre de Podo-Orthèse Appliquée
12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN

n° structure

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

date 29 11 2024

signature



avis du médecin conseil

accord ☐

refus ☐

- d'ordre médical ☐

- d'ordre administratif ☐ - motif :

date

partie à compléter par l'assuré(e)

• **personne bénéficiaire de l'appareillage** (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom IPP : 000055417312 Sexe : M

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) Nom nais.: GUNGARAM

numéro d'immatriculation Nom: GUNGARAM

Prén: JAYRAZ

date de naissance Né(e) le: 27/10/1958

adresse H 424007503 UF : 3653

• **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)**

un paire de chaussures ortho-typer En cuir avec renforts

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom Dr Bouadma

raison Karim LACHEZ

profession Chef de Service Docteur

Service de Diabétologie-Endocrinologie

403 avenue de la République

92000 NANTERRE

92000 63.91

Fax : 01 41 69 63 91

N° Finess : 92000577

identifiant

date 12/11/2024

signature

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).

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 3135 b

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

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (si applicable))

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

IPP : 000055417312 Sexe : M

Nom nais.: GUNGARAM

Prén: JAYRAZ

Né(e) le: 27/10/1958

1 et n° du centre de paiement ou de la section
"ualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
ganisme conventionné (pour les non salariés)

● assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

H 424007503

UF : 3653

● 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

Diabète depuis 30 ans
Néphropathie.

identification du prescripteur et de la structure à laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

HÔPITAL MAX FOURESNIER
Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
Service de Diabétologie-Endocrinologie
403 avenue de la République
92000 NANTERRE
Fax : 01 47 89 63 91
N° Finess : 92000577

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines 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).
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 3135 b

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

UCANSS - Barlerin

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

Organisme : CPAM DES HAUTS DE SEINE

01 921 000 0

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

Organisme : CPAM DES HTES SEINE CMUC

N°

Complémentaire 113 RUE DES TROIS FONTANOTS

92026 NANTERRE CEDEX

Fait à : NANTERRE

Le : 26/11/2024