

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

date de réception	ı
-------------------	---

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 l'appareillage						
nom et prénom ABDELKBIF						
(nom de famille (de naissance), suivi de	u nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))					
numéro d'immatriculation	nom et n° du centre de paiement ou de la sectio mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés					
date de naissance	26 04 1964		torganisme conventionne (pour les non saturies)			
adresse	o 02150 Curaemas					
	e , 92150 - Suresnes					
	e qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'	assuré(e))				
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi de	u nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))					
numéro d'immatriculation						
	partie à complét	er par le fournisseur				
• conditions de prise en ch	arge de l'appareillage					
maladie x soins en rapport av	vec une ALD : oui 🗶 non					
accident du travail ou maladi	ie professionnelle date		autre			
• identification du prescrip	oteur					
nom et prénom BOUALI H	ouda	date de prescription	n 03 12 2024			
identifiant 92000577	n° structure (A	M, FINESS ou SIRET)				
 position de la demande 						
1ère attribution X 2ème attrib	oution appareil provisoire	renouvellement ré	paration			
• références L.P.P. de l'app	pareil (codes et désignation de	s fournitures)				
Moulage, quelle que	dique sur mesure, de cl soit la hauteur LPP 268 soit la hauteur LPP 268	1257 49.49€	PP 2620400 808.94€			
• appareil atypique [joind						
(art. R. 165-25 du Code sécurit BASE DE REMBOURSEMENT	,		PRIX DE VENTE _907.92€			
	identification du fournisseu	et de la structure dans	laquelle il exerce			
nom et prénom SARL PHA	N LENOBLE ASSOCIES	raison sociale				
67 PODO-		adresse Phan & Lei	noble Associés			
CONVENT		Centre de	Podo-Orthèse Appliquée			
12 RUE M	_	12, rue Mir	abeau - 94230 CACHAN			
94230 - C	_					
	1 1 6 9 - CONV 1	n° structure	8690000016			
1		(AM, THVESS ON SIRET)				
date 06 12 2024	signature	Mary	_ 			
	avis du n	rédecin conseil				
accord	refus	- d'ordre médical				
1	_	- d'ordre administratif	- motif:			
date						



date de naissance

nom et prénom

demande d'accord préalable VOLET 2 pour grand appareillage à adresser et à conserver au service médical (articles R. 165-23, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale) date de réception : le défaut de réponse de l'organisme, dans un délai de 15 iours. à compter de la date de réception, équivaut à un accord personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e) personne bénéficiaire de l'appareillage nom et prénom ABDELKBIR MSALLAK (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de 164049938009276 numéro d'immatriculation l'organisme conventionné (pour les non salariés) 26 04 1964 26 Rue de la Cerisaie, 92150 - Suresnes • assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e)) (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) numéro d'immatriculation • conditions de prise en charge de l'appareillage maladie x soins en rapport avec une ALD : oui non accident du travail ou maladie professionnelle date autre • identification du prescripteur nom et prénom BOUALI Houda 03 12 2024 date de prescription identifiant 92000577 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, guelle gue soit la hauteur LPP 268 1257 49.49€ Moulage, guelle gue soit la hauteur LPP 268 1257 49.49€

appareil atypique (joindre le devis détaillé) (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT |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

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

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

date

identifiant

06 12 2024

signature

	avis du r	nédecin conseil	
accord	refus	- d'ordre médical	
date			motif:

92000 NANTERRE

N° FINESS: 920000577

Port: 0603213947

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

Télécom:

N° de dossier : 424007912

Nom / Prénom : MSALLAK/ABDELKBIR

Nom Naissance: MSALLAK Né(e) le : 26/04/1964 à

Adresse

26 rue de la cerisaie 92150 SURESNES

Tél :

Entré(e) le : 26/11/2024 à 14h00

Présent(e) le : 03/12/2024

ENTREE DOMICILE

ASSURÉ

N°Matricule SS: 164049938009276 Nom / Prénom: MSALLAK/ABDELKBIR

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: 03/12/2024



prescription medicate pour grand appareillage

(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)

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 MSALLAK ARDE I KRIR
nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultutif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation 46404 353860 972 176 nom et nº du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et nº de l'organisme conventionné (pour les nos salariés)
date de naissance Chio 4 136 4
adresse
assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage nest 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)
o 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 autre
type d'appareil
prothèse membre supérieur prothèse membre inférieur
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)
The state of the s
cuir south orthis épaise > 15 ann
identification du prescripteur et de la structure de la République chef de se place de la République de la Republique de la Republiq
nomet prénom DV Bocol: Hoper Le Pocteur Variant La CHO Chef de de Disoétologie République Service de Disoétologie de la République
Mary Rain Adoctinology
Dr Bocoli House lance Davestale-Emulique
charge Say Diabeloius Republic
Che de Dique de MTERKE
Dr Bocol: Hohortal Marie Docteur Rendocrimos Cheride Service de Dia Republique Cheride de Dia ver de la Republique Service de Dia ver de la RERE
07 02000
date 03/12/2021 signature
date signature No Fillion
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fansse déclaration est passible de pénalités financières, é demende cilou d'emprisonnement (untéles 313.1, 441. et 441. de 5 du Code penda articles 1.114.1 et d. 1.621114 du Code de la sécurité sociale de la socientie sociale.) La loi v° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce S 3135 b Computer Pill engravit un devit procédifié relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce 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)

HUMECTEZ ICI

UCANSS - Barlerin

		partie à com	pléter par l'assuré(e)		
personne bénéficiaire de	e l'appareillage <i>(la</i>			lie par le médecin)	
nom et prénom					
(nom de famille (de naissance), su	iivi du nom d'usage (facu	dtatif et s'il y a lieu))	· • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
numéro d'immatriculation				nom et n° du centre de paiet mutualiste (pour les salar l'organisme conventionné (p	ment ou de la section iés) ou nom et n° de our les non salariés)
date de naissance			. <u>.</u>		
adresse					
assuré(e) (à remplir si la per	sonne aui bénéficie de	l'appareillave riest pas	l'assuré(e))	e en en experimental de la companya del companya de la companya de la companya del companya de la companya de l	
nom et prénom nom de famille (de naissance), su					
	avi au nom a usage gacu	many ers ir y a neu))			
numéro d'immatriculation		ter hien.	and and the same		
en cas d'hospitalisation					
date d'entrée	sc	ervice :			
la prescription fait-elle	suite à un acciden	t causé par un tie	rs?		
oui date	<u></u>	non			
			The same of the sa		
	partie confiden	tielle réservée à	l'information du méd	ecin conseil	
le prescripteur doit inc	diauer ci-dessous l	es éléments médi	caux justifiant la prise er	charge de l'appareilla	e.
Dable Défora	hin d	y orto	newops imple	ontal -	
\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	PITAL MA	X FOURE	ACHGAR		
Chaf	de Service Do vice de Diabél	cteur Namin	crinologie		
Cilei	de Diabel	tologie-Endo	-liau		
Sen	vice de Diabél 403 avenue	de la Répui	- Olidae		
	203 20000	NANTERRE	<u>.</u>		
	92000	47-69.63. ^Q)1	<u> </u>	
	ider-di-Cation	du prescriptory	i ve la structure dens la	juella it exerce	
nom et prénom	N° Fine	SSITAL	PAGGOCIAL ENGO	inus	
•		HOP, CENI	Ca parologia Bebui	JIM.	
		cheide de	Diadressae la CRR	E _.	
		Cura vice de	BUR LANTE	.91	
		201, ⁷⁰³ 8	5000 M A 69 6	517	
			DE BOUSSCIALE ENDO CE BOUSSCIALE ENDO DE BOUSSCIALE	U-	
identifiant		· ú	Diabetologie Repui Diabetes de la Repui enue NANTER 92000 NAN 69.63 92000 1 47.69.63 Fax surdeurc NA FINESSEE		
date		signature	•		
Quiconque se rend coupable de frau (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du C La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 m	Code pénal, articles L. 114 odifiée relative à l'informa	l-13 et L. 162-1-14 du Ci atique, aux fichiers et au	tés financières, d'amende et/ou d'e ode de la sécurité sociale). x libertés s'applique aux réponses pour lex données vous concernant.	faites sur ce	S 3135 b