

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,	date de réception :
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 MIMOUNE AUKELI (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 l'organisme conventionné (pour les non salariés) 140019938105844 numéro d'immatriculation 01 01 1940 date de naissance adresse 2 Avenue Pierre Curie / Porte 130 , 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 • 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 raison sociale adresse Phan & Lenoble Associés 67 PODO-ORTHESE Centre de Podo-Orthèse Appliquée CONVENTIONNE 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN 12 RUE MIRABEAU 94230 - CACHAN (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6 9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1 identifiant date signature 06 12 2024 K 🛰 médecin conseil - d'ordre médical accord refus 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	

	aut de réponse de l'organisme, compter de la date de réception	, équivaut à un accord	
• personne bénéficiaire de l'	personne bénéficiaire de l'appareillage	appareillage et assuré(e)	
nom et prénom MIMOUNE			
(nom de famille (de naissance), suivi	du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation	140019938105844		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	01 01 1940		,
adresse 2 Avenue Pierre Cu	rie / Porte 130 , 92000 -	Nanterre	
• assuré(e) (à remplir si la person	ne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'o	assuré(e))	
nom et prénom	L		
numéro d'immatriculation	du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	1 11 . 1	
numero d immatriculation	nartie à compléte	er par le fournisseur	
• conditions de prise en c	<u> </u>	er par le four misseur	
	avec une ALD : oui 🛣 non [
accident du travail ou mala	die professionnelle date		autre
• identification du prescr	ipteur		
nom et prénom BOUALI H	Houda	date de prescription	03 12 2024
identifiant 9200057	7 n° structure (A	M, FINESS ou SIRET)	
• position de la demande			
1ère attribution X 2ème attr	ibution appareil provisoire	renouvellement rép	paration
• références L.P.P. de l'ap	ppareil (codes et désignation des	fournitures)	
Moulage, quelle que	édique sur mesure, de cl e soit la hauteur LPP 268 e soit la hauteur LPP 268		PP 2620400 808.94€
• appareil atypique (join (art. R. 165-25 du Code sécur	dre le devis détaillé)		
BASE DE REMBOURSEMEN	,		PRIX DE VENTE 907.92€
	identification du fournisseur	et de la structure dans	laquelle il exerce
67 PODO CONVEN	AN LENOBLE ASSOCIES -ORTHESE	raison sociale adresse Phan & Ler Centre de	
94230 - 0 identifiant 94263	CACHAN 1 1 6 9 - CONV 1	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 5 2 9	8690000016
date 06 12 2024	signature	Mon	_
	avis du m	édecin conseil	
accord		- d'ordre médical	
		- d'ordre administratif	- motif:

92000

NANTERRE

N° FINESS: 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 424008068

Nom / Prénom : AUKELI/MIMOUNE

Nom Naissance: AUKELI Né(e) le

: 01/01/1940 à

Adresse

: 2 AV J.CURIE

PTE 130

92000 NANTERRE

Tél

: 0147213956

Télécom:

Port:

Entré(e) le

: 02/12/2024 à 14h30

Présent(e) le : 03/12/2024

ENTREE DOMICILE

ASSURÉ

N°Matricule SS: 1400199381058 44 Nom / Prénom : AUKELI/MIMOUNE

Organisme

: CPAM DES HAUTS DE SEINE

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

01 921 000 0

92000

NANTERRE

Fait à: NANTERRE Le: 03/12/2024



prescription médicale 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)

	pléter par l'assuré(e)
• personne IPP : 000000027540 Sexe : M	m" est obligatoirement remplie par le médecin)
nom et préno Nom nais.: AUKELI	
(nom de famille Nom: AUKELI	2. A south Janismant as delta cortice
numéro d'in Prén: MIMOUNE	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 non salariés)
date de naiss Né(e) le: 01/01/1940	- Torganism Continuona (pour les non salaries)
adresse U 424008068 UF : 3653	
H 424008068 UF : 3653	
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage nest pa	is l'assuré(e))
nom et prénom	
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	1 62 6:
numéro d'immatriculation	
• en cas d'hospitalisation en cours	The state of the s
date d'entrée service :	
• la prescription fait-elle suite à un accident causé par un ti	ers ?
oui date non	
partie à compléter par le prescripteur (ATTENTION : soule	er 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 soi	ns 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 infér	iour 🗆
orthèse membre supérieur orthèse membre inféri	
	<u></u>
prothèse oculaire et maxillo-faciale podo-orth	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,	
Une paire de chase Capas a	Along Liques Sur mesures
Une paire de chanssures a	ethopethismes sur mesures, in B modele basse, ans
Sur monager - vary	ell'- made basse, cui
Sa-ple -	/
/== /	TETIER
identification du prescripteur	ociaus se introduction de la constant de la constan
	Karim - inologie
nomet prénom	oclaws Spirisochiologic Brologie-Erisochiologic Brologie-Erisochiologic e de 12 République e de 12 République O NANTERRE 0 NANTERRE 0 NANTERRE 0 NANTERRE 0 NANTERRE
De Belle de Belle la	etologie République
Conice de Dia	e de la company
Service avenu	0 NAN 169.63.91
9200	Ola Structure 00577
identifiant Fax	0 VANTERRE 0 VANTERRE
date 03122014 signature	
date US/LILE signature	
Ouiconaue se rend counable de fraude ou de fantse déclaration est possible de nême	lités financières, d'amende et/au d'emprisonnement
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de péna (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du C	Code de la sécurité sociale)
La loi nº 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et c formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organism	ax libertés s'applique aux réponses faites sur ce S 3135 b

UCANSS - Édition 02/2016 - Barterin

prescription médicale pour grand appareillage

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

partie à compléter par l'assuré(e)

VOLET 3 destiné à l'organisme d'assurance maladie (service médical)

Per some beneficiare de l'apparentage (la tigne nom et prenom est obligatoirement rempte par le medecin)
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation 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
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 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
7-11/
Dirabetique avec neuropethie
or voryour were new sperme
Dixtetique avec neuropethie Dépration invéhictife des orteil
Halluz Jalgus (+t)
Divilor of a torne
Till all coltings.
heses to be training stier
identification du prescript area de la structive dans laquelle il exerce
nomet prénom HOPITAL MAX HOPITAL MAX HOPITAL MAX Chef de Service Docteur Karimi Endocrinologie Chef de Service de Diabétologie Endocrinologie Service de Diabétologie République Service de Diabétologie République Service de NANTERRE 403 avenue de la RERE 403 avenue de 3.91
and de Service Devologie Endublique
Cher de Diabet de la Regue
Chef de Service Docteur Endocritude Chef de Diabétologie Endocritude Service de Diabétologie Endocritu
Service de Diabos de la Repris 403 avenue de la Repris 92000 NANTERRE 92000 NANTERRE 92000 NANTERRE
identifiant Fax: 01.47.69 63.91 N° Finess: 920 (1.25 on SIRET)
date signature
uate 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 nº 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.