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 LIAM FOUTRY RIGAL

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

numéro d'immatriculation 291109207332412

date de naissance 01 08 2013

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
90bis Rue d'Estienne d'Orves , 92500 - Rueil-Malmaison

- **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 Marie HULLY date de prescription 13 11 2024

identifiant 750100208 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 94263116 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)* 52986900000016

date 20 12 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 LIAM FOUTRY RIGAL

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

numéro d'immatriculation 291109207332412

date de naissance 01 08 2013

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
90bis Rue d'Estienne d'Orves , 92500 - Rueil-Malmaison

- **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 Marie HULLY date de prescription 13 11 2024

identifiant 750100208 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 94263116 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)* 52986900000016

date 20 12 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° 12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

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

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

numéro d'immatriculation 1 1 3 0 8 9 2 0 6 4 0 2 1 6 0

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 0 1 0 8 2 0 1 3

adresse 90 BIS RUE D ESTIENNE D ORVES
92500 RUEIL MALMAISON

- **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 : NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

- **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**

oui ☐ date ____ non ■

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

polyhandicap sur syndrome de coffin Siris

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
HULLY Marie

identifiant 1 0 1 0 0 2 8 0 6 4 2

raison sociale
NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

adresse
149, rue de Sèvres
75015 PARIS

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 7 5 0 1 0 0 2 0 8

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date 1 3 1 1 2 0 2 4 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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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

cerfa

n° 12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

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

numéro d'immatriculation 1 1 3 0 8 9 2 0 6 4 0 2 1 6 0

date de naissance 0 1 0 8 2 0 1 3

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 90 BIS RUE D ESTIENNE D ORVES
92500 RUEIL MALMAISON

• **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 : NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

• **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.212-1)** 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)**

une paire de chaussures orthopédiques sur moulage avec chausson moulé intégré, classe B, tige haute, style derby

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
Marie HULLY

identifiant 1 0 1 0 0 2 8 0 6 4 2

raison sociale
NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

adresse
149, rue de Sèvres
75015 PARIS

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 7 5 0 1 0 0 2 0 8

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date 1 3 1 1 2 0 2 4 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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Hauts-de-Seine

Mon numéro : 2 91 10 92 073 324 12
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
RIGAL Samia

Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 22/03/2024 au 21/03/2025 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 921 9211	10	2 91 10 92 073 324 12	
Bénéficiaire(s) *nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage*		**N° de sécurité sociale du bénéficiaire** *(pour information)*	Né(e) le / rang
FOUTRY RIGAL Liam		1 13 08 92 064 021 60	01/08/2013 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont