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 DEOLINDA CORREIA E SILVA

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

numéro d'immatriculation 248039939600810

date de naissance 30 03 1948

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
115 Boulevard de Valmy , 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 ANDRIANERA Nalisson date de prescription 28 01 2025

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 0 1 6

date 03 02 2025 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 DEOLINDA CORREIA E SILVA

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

numéro d'immatriculation 248039939600810

date de naissance 30 03 1948

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
115 Boulevard de Valmy , 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 ANDRIANERA Nalisson date de prescription 28 01 2025

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 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 03 02 2025 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° 14465*01

Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur *(nom, prénom et identifiant)*	Identification de la structure *(raison sociale du cabinet, de l'établissementet n° AM, FINESS ou SIRET)*
ANDRIANERA Nalisoa.	Docteur Karim LACHGAR Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie Hôpital Max Fourestier 403 avenue de la République 92000 NANTERRE N° RPPS : 100001353126 N° FINESS : 920000577

Identification du bénéficiaire *(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) et prénom — à compléter par le prescripteur)*

IPP : 2098819 Sexe : F
Nom nais.: CORREIA E SILVA
Nom: MARTINS
Prén: DEOLINDA
Né(e) le: 30/03/1948
H 425000265 UF : 3653

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

28.1.2025

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures avec moulages pour patiente diabétiques avec griffes orteils irréductibles.

Mal perforant plantaire - plaie O4 gauche

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)

Docteur Karim LACHGAR
Chef de service de Diabétologie-Endocrinologie
Hôpital Max Fourestier
403 avenue de la République
92000 NANTERRE
N° RPPS : 100001353126
N° FINESS : 920000577

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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

IMPRIMERIE COSTE 07200 AUBENAS S 3321b

C.A.S.H. HOPITAL MAX FOURESTIER

92000 NANTERRE N° FINESS : 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 425000265

Nom / Prénom : MARTINS/DEOLINDA
Nom Naissance: CORREIA E SILVA
Né(e) le : 30/03/1948 **à** CAP VERT A CABO VERDE
Adresse :
115 BD DE VALMY
92700 COLOMBES
Tél : 0950366515 **Télécom :** **Port :** 0624746563
Entré(e) le : 09/01/2025 à 15h29

Présent(e) le : 28/01/2025

ASSURÉ

N°Matricule SS : 2480399396008 10
Nom / Prénom : MARTINS/DEOLINDA

Organisme : CPAM DES HAUTS DE SEINE
Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

01 921 000 0

Fait à : NANTERRE **Le :** 28/01/2025