

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 :

Grid for reception date

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom ABDOUN MOHAMED

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

numéro d'immatriculation 719310035130223

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 27 02 1974

adresse 22 RUE JULES VERNE , 93400 - SAINT OUEN SUR SEINE

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

nom et prénom BIANCHI LUCIO date de prescription 13 05 2024

identifiant 930010624 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [] 2ème attribution [X] 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€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 808.94€ € PRIX DE VENTE 808.94€ €

identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale adresse

identifiant

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date 06 09 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical []

date [] - d'ordre administratif [] - motif :

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom ABDOUN MOHAMED

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

numéro d'immatriculation 719310035130223

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 27 02 1974

adresse 22 RUE JULES VERNE , 93400 - SAINT OUEN SUR SEINE

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [X] non []

accident du travail ou maladie professionnelle [] date [] autre []

identification du prescripteur

nom et prénom BIANCHI LUCIO date de prescription 13 05 2024

identifiant 930010624 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€

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

BASE DE REMBOURSEMENT 808.94€ € PRIX DE VENTE 808.94€ €

identification du fournisseur et de la structure dans laquelle il exerce

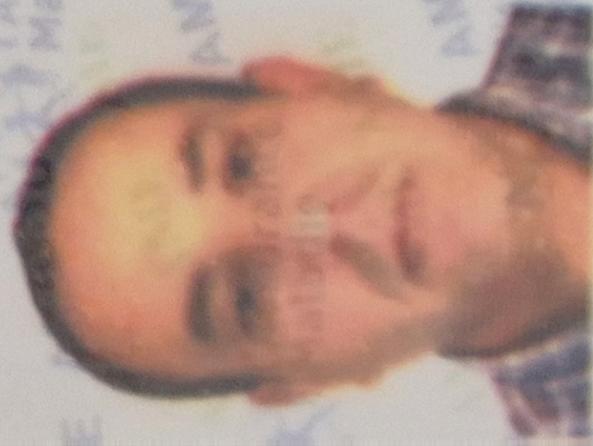
nom et prénom raison sociale adresse identifiant n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date 06 09 2024 signature

avis du médecin conseil

accord [] refus [] - d'ordre médical [] - d'ordre administratif [] - motif : date

CARTE INDIVIDUELLE D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT



Nom **ABDOUN**

Prénom **MOHAMED**

Immatriculation **719310035130223**

Date de naissance **27/02/1974**

Droits AME du **30/10/2023** au **29/10/2024**

Prestations prises en charge

100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale
Forfait journalier en cas d'hospitalisation.

Caisse d'assurance

maladie

**CPAM SEINE SAINT DEN (03)
01-931-8671**

Code régime

095

Code n° mutuelle

75500017

Code contrat

04

Prestations non prises en charge pour les bénéficiaires AME majeurs: médicaments à 15%, actes et produits spécifiques à la procréation médicale assistée, cures thermales.



SAINT-OUEN-SUR-SEINE

Centre Municipal de Santé HENRI BARBUSSE
62, Avenue Gabriel Péri
93582 Saint-Ouen-Sur-Seine
cédex
Tel. : 01 49 45 68 90
Fax : 01.49.45.69.02

Mr BIANCHI Lucio
Endocrinologie et maladies métaboliques
N° RPPS : 10101166519

Consultations sur rendez-vous

N° FINESS : 930010624

M Mohamed ABDOUN

Saint Ouen, le lundi 13 mai 2024



PHARMACIE

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

1. 1 paire de chaussure orthopédique

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Centre Municipal de Santé
HENRI BARBUSSE
62, avenue Gabriel Péri
93582 SAINT-OUEN-SUR-SEINE
Tel. : 01 49 45 68 90 - Fax : 01 49 45 69 02