

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 accordVOLET 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 THOBIAS FERNANDO

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

numéro d'immatriculation 144119923505031

date de naissance 28 11 1944

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

3 Rue Aime Cesaire , 95870 - Bezons

• 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 BOUALI Houda

date de prescription

03 09 2024

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

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

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 médicalle 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 THOBIAS FERNANDO

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

numéro d'immatriculation 144119923505031

date de naissance 28 11 1944

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

3 Rue Aime Cesaire , 95870 - Bezons

• 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 BOUALI Houda

date de prescription 03 09 2024

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

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	IPP : 000058381468 Sexe : M
(nom de famille (de naissance), suivi du	Nom nais.: FERNANDO
numéro d'immatriculation	Prén: THOBIAS
date de naissance	Né(e) le: 28/11/1944
adresse	J 424005809 UF : 3656

● assuré(e) (à remplir si la personne

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)

● 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 ☐
---	------	--------------------------------

● type d'appareil

prothèse membre supérieur ☐	prothèse membre inférieur ☐	orthèse tronc ☐
orthèse membre supérieur ☐	orthèse membre inférieur ☐	appareil atypique sur devis ☐
prothèse oculaire et maxillo-faciale ☐	podo-orthèses ☒	(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 ortho pédiques sur mesure, sur mesure
orthèse 12mm, cuir simple - semelle composite

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	HOPITAL MAX FOURESTIER
raison sociale	Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
Service	Service de Diabétologie-Endocrinologie
	403 avenue de la République
	92000 NANTERRE
identifiant	n° structure Fax : 01.47.69.63.91
	(AM, FINESS ou SIRET) N° Finess : 92000577
date	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 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

partie à compléter par le bénéficiaire(e)

• **personne bénéficiaire de**
nom et prénom **IPP : 000058381468 Sexe : M**
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) **Nom nais.: FERNANDO**
numéro d'immatriculation **Nom: FERNANDO**
date de naissance **Prén: THOBIAS**
Né(e) le: 28/11/1944
adresse **J 424005809 UF : 3656**

à compléter par le médecin

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)• **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 :

• **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**oui ☐ datenon ☐

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**

patient diabétique
Antécédent mal perforant plantaire
Outils en griffes

HÔPITAL MAX FOURESTIER

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

Service de Diabétologie-Endocrinologie

adresse

403 avenue de la République

92000 NANTERRE

Fax : 01.47.69.63.91

N° Finess : 92000577

identifiant

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

date

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 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

HUMECTEZ ICI

UCANSS - Barlerin

BULLETIN DE SITUATION

C.A.S.H. HOPITAL MAX FOURESTIER
null
92000 NANTERRE
Tél : 0147696565
Fax : 0147696735
920000577

A remettre immédiatement à votre caisse d'assurance maladie en cas d'arrêt de travail

N° de dossier : 424005809
Nom / Prénom : FERNANDO/THOBIAS
Nom Naissance : FERNANDO
Né(e) le : 28/11/1944 à
Adresse : 3 RUE AIME CESAIRE
BAT A / APT 172
95870 BEZONS

N°Matricule SS : 1441199235050 31
Nom / Prénom :

Organisme : CPAM DU VAL D'OISE
Sécurité sociale 2 RUE DES CHAUFFOURS

95017 CERGY PONTOISE CEDEX

Assuré(e) : FERNANDO/THOBIAS

Bénéf : 01 Risq : 28

Organisme : ALMERYS
Complémentaire 46 RUE DU RESSORT

N°

63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9

Entré(e) le 03/09/2024 à 09h04

TOUJOURS PRESENT A CE JOUR : 03/09/2024

Fait à : NANTERRE
Le : 03/09/2024
Visa du bureau des entrées