

date

06 09 2024

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 dé	faut de réponse de l'organisme, compter de la date de réception	, dans un délai de 15 jo	urs, date de réception :
a	personne bénéficiaire de	· •	
 personne bénéficiaire de l 		11 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
nom et prénom THOBIAS			
(nom de famille (de naissance), suivi	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation	144119923505031		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	28 11 1944		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
adresse 3 Rue Aime Cesaire	e , 95870 - Bezons		
• assuré(e) (à remplir si la perso	nne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l	l'assuré(e))	
nom et prénom			
	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		
numéro d'immatriculation			
• conditions de prise en c		ter par le fournisseur	
maladie 🗶 soins en rapport	avec une ALD : oui 🕱 non		
accident du travail ou mala	ndie professionnelle date		autre
• identification du prescr	ipteur		
nom et prénom BOUALI	Houda	date de prescription	03 09 2024
identifiant 9200057	7 n° structure	(AM, FINESS ou SIRET)	
• position de la demande			
1ère attribution X 2ème att	ribution appareil provisoire	renouvellement rép	paration
• références L.P.P. de l'a	ppareil (codes et désignation de	es fournitures)	
Moulage, quelle qu	édique sur mesure, de c e soit la hauteur LPP 268 e soit la hauteur LPP 268	31257 49.49€	PP 2620400 808.94€
• appareil atypique (join (art. R. 165-25 du Code sécu BASE DE REMBOURSEME	rrité sociale)		PRIX DE VENTE $□907.92$ € \bigcirc ϵ
	identification du fournisseu	ır et de la structure dans.	
nom et prénom		raison sociale adresse	
identifiant		n° structure (AM, FINESS ou SIRET)	

ll m

signature



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

eption:

e 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 réc
a complete de la date de reception, equivade a un accord	
17 76 1 1 11 11 4 77)	

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e) personne bénéficiaire de l'appareillage					
nom et prénom THOBIAS F					
	hu nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))		nom et n° du centre de najement ou de la section		
numéro d'immatriculation	144119923505031		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	28 11 1944				
adresse 3 Rue Aime Cesaire , 95870 - Bezons					
• assuré(e) (à remplir si la personn	ne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l	'assuré(e))			
nom et prénom (nom de famille (de naissance), suivi d	lu nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))				
numéro d'immatriculation					
		ter par le fournisseur			
• conditions de prise en ch	<u> </u>				
maladie soins en rapport a	vec une ALD : oui 🗶 non				
accident du travail ou malad	lie professionnelle date		autre		
• identification du prescri	pteur				
nom et prénom BOUALI H	louda	date de prescription	03 09 2024		
identifiant 92000577	n° structure ((AM, FINESS ou SIRET)			
• position de la demande					
1ère attribution 2ème attri	bution appareil provisoire	renouvellement ré	paration		
• références L.P.P. de l'ap	pareil (codes et désignation de	es 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 (joing (art. R. 165-25 du Code sécuri	dre le devis détaillé)				
BASE DE REMBOURSEMEN			PRIX DE VENTE _907.92€ €		
	identification du fournisseu	ır et de la <u>structure dans</u>			
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					



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)

partie alcompléter par l'assuré(e)	1
personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)	فبتب
nom ct prénom IPP : 000058381468 Sexe : M	AND THE PARTY OF
(nom de famille (de naissance), suivi du i Nom nais.: FERNANDO	
numéro d'immatriculation Nom: FERNANDO nom et nº du centre de paiement ou de la se mutualiste (pour les salariés) ou nom et	ction
Prén: THOBIAS Porganisme conventionné (pour les non sal	ıriés)
date de naissance Né(e) le: 28/11/1944	
ALL OF THE CALL CALL CALL CALL CALL CALL CALL CAL	
	-
J 424005809 UF : 3656	
• assuré(e) (à renuplir 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	
Valence Section (Control of Control of Contr	
• en cas d'hospitalisation en cours	<u>`</u>
date d'entrée service :	
la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?	
oui date non	1
partie à compléter par le prescripteur. (ATTENTION : souléver les vôlets 1 et 2 pour compléter la partie confidentielle du volet ?)
conditions de prise en charge de l'appareillage	
	on 🔲
accident du travail ou maladie professionnelle date autre	Mary and the second
• type d'appareil	
A AND A MARKET AND	
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 (an. R. 165-25 du Code sécurité sociale)	
• nature de l'appareil	
définitif de provisoire renouvellement réparation	الا
o descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)	
Une paire de chausseres entre pédiques sur mescure, sur muse	7
the paire de chatistires on no peniques sur mesure, sur musi	烨
Une paire de chausseres out no pédiques sur mesure, sur mos orthère 12 un , cuir songle - senelle compans	١٧٩٠
on here come con some	-
HOPLIAL MAX POURESTIER	
nom et prénom Chief de Service Docteur Karim LACHGAR	
Official de Service Doctor Formation and American Service Serv	
De Bouali Hando Service de Diabétologie-Endocrinologie	
403 avenue de la République	
92000 NANTERRE	
n° structure Fay: 01 47.69.63.91	,
identifiant (AM. FINESS ON SIRE) No Finess: 92000577	
date 03.09.202 + signature	
date signature	

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende ct/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° 8-17 du 6 janvier 1978 modifiér relative à l'informatique, aux fejores tibertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les dannées vous concernant.

UCANSS - Édition 02/2016 - Barlerin

S 3135 b

cerfa n° 12042*02

INMECTEZ ICI

prescription médicale pour grand appareillage

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

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

partie à compléter	nar Parrité(e)
• personne bénéficiaire de IPP : 000058381468 Sexe : M	ment remplie par le médecin)
	·
(nom de famille (de naissance), sur Nom nais.: FERNANDO numéro d'immatriculation Nom: FERNANDO	nom et nº du contro de valament ou de la caction
Prén: THOBIAS	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 Né(e) le: 28/11/1944	
adresse	
J 424005809 UF : 3656	
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'apparcillage nest pas l'assure	i(e))
nom et prénom	
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))	
numéro d'immatriculation	and the second second
• en cas d'hospitalisation en cours	and the second s
date d'entrée service :	
• la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?	
oui date non	
nortia annii dantialla yacamaa Allinta	armatian du mádarin cancail
partie confidentielle réservée à l'info	
le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux ju	ustinant la prise en charge de l'apparemage
$0 + 1 \cdot (4 \cdot \cdot \cdot \cdot \cdot)$	
par ien ansotique	
1	
1	
Anticedet rel purposent	plantain
Optils on griffes	
O^{-1}	
	LIÔDITAL MAY POUDESTIES
plantite and the second	HUPHAL MAX PUURES HER
identification du prescripteur et de la	Charac Certice Decical Hamilt & When the
nomet prénom rais	Service de Diabétologie-Endocrinologie
	403 avenue de la République
adr .	92000 NANTERRE
	Fax: 01.47.69.63.91
	Nº Einace : 02000577
	Structure IN FIIIESS . 9200077
en de la companya de La companya de la co	entre de la companya
date signature	
Outcommune or word comments also female on the forest distancian and margible de minutes.	olivas Asmondo atlau Asmarisannoment
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités finan (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la la L. 162-2-17 (articles 113-14) et la L. 162-1-14 du Code de la la L. 163-2-17 (articles 113-14) et la L. 163-2-17 (articles 113	sécurité sociale).
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux liberté, formulaire. Elle garantit un droit d'acces et de rectification aupres de votre organisme pour les	s s'applique dux reponses faites sur ce données vous concernant. S 3135 b

HUMECTEZ ICI

UCANSS - Barlerin

HUMISCTEZ ICI

BULLETIN DE SITUATION

N°

C.A.S.H. HOPITAL MAX FOURESTIER

nul

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

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