

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 JANKOVIC SLOBODAN

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

numéro d'immatriculation 145019912106130

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 12 01 1945

adresse 20 Rue Honore de Balzac , 95560 - Maffliers

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 BOUALI Houda date de prescription 03 12 2024

identifiant 920000577 n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

position de la demande

1ère attribution [] 2ème attribution [] appareil provisoire [] renouvellement [X] 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 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 1 6

date 06 12 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 424008096**Nom / Prénom** : JANKOVIC/SLOBODAN**Nom Naissance**: JANKOVIC**Né(e) le** : 12/01/1945 à MARKOVAC**Adresse** :20 RUE HONORE DE BALZAC
95560 MAFFLIERS**Tél** : **Télécom** :**Port** : 0761516361**Entré(e) le** : 03/12/2024 à 09h40**Présent(e) le** : 03/12/2024

Domicile

ASSURÉ

N°Matricule SS : 1450199121061 30**Nom / Prénom** : JANKOVIC/SLOBODAN**Organisme** : CPAM DU VAL D'OISE

01 951 000 0

Sécurité sociale 2 RUE DES CHAUFFOURS

95017 CERGY PONTOISE CEDEX

Organisme : ALMERYS

N°

Complémentaire 46 RUE DU RESSORT

63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9

Fait à : NANTERRE**Le** : 03/12/2024

Ordonnance bizona

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)

D. Bouali

HÔPITAL MAX FOURESTIER
 Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
 Service de Diabétologie-Endocrinologie
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE
 Fax : 01.47.69.63.91
 N° FINESS : 92000577

nom nais.: JANKOVIC
 nom: JANKOVIC
 rén: SLOBODAN
 n°(e) le: 12/01/1945

424008096 UF : 3656

Prescriptions relatives au t (AFFECTION EXONERANTE)

reconnue (liste ou hors liste)

03/12/24

Renouvellement de chaussures
 orthopédique
 path diabétique compliqué

HÔPITAL MAX FOURESTIER
 Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
 Service de Diabétologie-Endocrinologie
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE
 Fax : 01.47.69.63.91
 N° FINESS : 92000577

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