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 JOELLE HODINA

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

numéro d'immatriculation 239111038707779

date de naissance 23 11 1939

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
9 Rue Chantepie Mancier , 95290 - L'Isle-Adam

- **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

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 833.21€
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 932.19€ **€** **PRIX DE VENTE** 932.19€ **€**

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 04 04 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 JOELLE HODINA

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

numéro d'immatriculation 239111038707779

date de naissance 23 11 1939

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
9 Rue Chantepie Mancier , 95290 - L'Isle-Adam

- **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

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 833.21€
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 932.19€ **€** **PRIX DE VENTE** 932.19€ **€**

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 04 04 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 l'établissement *(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)*
Dr Bouali	Docteur Karim LACHGAR Chef de service Diabétologie-Endocrinologie Hôpital Max Fourestier 403 avenue de la République 92000 NANTERRE N° RPPS : 100001353126 N° FINESS : 920000577

(nom de famille (de n… …*mpléter par le prescripteur)*

IPP : 1510000557 Sexe : F
Nom nais.: BUZY
Nom: HODINA
Prén: JOELLE
Né(e) le: 23/11/1939
J 425002145 UF : 3656

…*é(e))*

Prescriptions relatives au t … e reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures et sur moulages, patiente diabétique avec déformations des orteils irréductibles, hallux valgus ++.
Mal perforant plantaire

25.3.2025

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

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

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**

USLD CH L ISLE ADAM
9 rue Chantepie Mancier

95290 L ISLE ADAM
Tél : 01 34 69 00 33 - Fax : 01 34 69 31 79
Site :
SIRET : 78587795200032 - APE : 8610Z - FINESS : 950807370

BULLETIN DE SITUATION

ADMISSION

N° IPP : 232074 **N° Entrée** : 220240014

NOM : HODINA

Prénom : JOELLE

Né(e) : BUZY

Né(e) le : 23/11/1939 à **Sexe** : F **Age** : 85 ans

Adresse : USLD - 9 RUE CHANTEPIE MANCIER
95290 L'ISLE-ADAM

Durée du séjour : jour(s)

ENTRÉE

Entré(e) le : 27/05/2024 16 h 05

Mode d'entrée : Transfert autre etablissement

Provenance : USLD CH L ISLE ADAM/Soins Longue Durée/D'une unité de soins de longue durée

Date hospitalisation : 17/05/2024

Transporteur entrée :

SORTIE

Toujours présent le 21/03/2025

Mode de sortie :

Destination : //

Transporteur sortie :

Date AT : **N° AT** :

Discipline : 176 - Hébergement USLD

Médecin traitant : LE CORRE Gilles

MT : HCU **Art 115 :** ☐

Médecin spécialiste :

Risque : 99 Hors BG et T2A

Exonération : 4 T2A_Soins ALD

ABSENCES

Du	Au	Nuits	Discipline	Du	Au	Nuits	Discipline
NEANT							

ASSURÉ

N° matricule : 239111038707779

NOM : HODINA

Prénom : JOELLE

AMO : 019510000
CPAM CERGY PONTOISE
Immeuble Les Marj
2, Rue des Chauffours
95017 CERGY-PONTOISE CEDEX

AMC 1 : ALMERYS
46 rue du Ressort

63967 CLERMONT FERRAND CEDEX 9
Num.Adh :

AMC 2 : 95 APA Conseil Général du Val D'Oise
2 avenue du parc

95032 CERGY-PONTOISE
Num.Adh :

A L ISLE ADAM
Le 21/03/2025
Visa du bureau des entrées

Conformément à la loi informatique et liberté N° 78-17 du 06/01/1978, toute personne dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les informations la concernant.

Edité le : 21/03/2025 à 14:05:56