

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

Form for beneficiary details: nom et prénom MBAYE MAMOUDOU, numéro d'immatriculation 717810012068202, date de naissance 02011969

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 549 RUE GABRIEL PERI 92700 - COLOMBES

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

Form for insured details: nom et prénom, 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 BAKHTI RAFIK, date de prescription 01092023, 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)

LPP 2620400 - Chaussure Orthopédique sur mesure, de classe B, la paire

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, raison sociale Phan & Lenoble Associés, adresse Centre de Podo-Orthèse Appliquée 12, rue Mirabeau - 94230 CACHAN, identifiant 942631169 - CONV 1, n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 52986900000016

date 07062024, signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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



Nom **MBAYE**
Prénom **MAMOUDOU**
Immatriculation **717810012068202**
Date de naissance **02/01/1969**
Droits AME du **20/05/2024** au **19/05/2025**

<u>Prestations prises en charge</u>	Caisse d'assurance maladie	Code régime	n° mutuelle	Code contrat
100% des tarifs de remboursement de la Sécurité Sociale Forfait journalier en cas d'hospitalisation.	CPAM HAUTS DE SEINE (05) 01-921-8671	095	75500017	05

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



n° 14465*01

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)

HOPITAL MAH FOURESTIER
CASH DE MATIERRE
Service de Soins de Suite
Et de Rééducation

Dr BAKHTI Rafik

Identification de la structure

(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)

N° Finess : 920000577

Identification du patient

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)

M. MBAYE Namadou

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

(AFFECTION EXONERANTE)

Le 01/09/2023

Renouvellement de chaussures orthopédiques sur mesure avec orthèse plantaire.

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)