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 BAH MAMADOU

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

numéro d'immatriculation 1 1 9 1 1 0 0 1 3 7 2 0 6 1 0

date de naissance 0 1 0 7 1 9 7 4

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
COLLIA SPADA EVRY - 9B BD DES COQUIBUS 91000 - EVRY

- **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 KERVINION FLORIAN date de prescription 0 6 0 6 2 0 2 4

identifiant 7 5 0 0 0 0 5 0 7 n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

- **position de la demande**

1ère attribution [X] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [ ] 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
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

- **appareil atypique** [ ] *(joindre le devis détaillé)*
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT € **PRIX DE VENTE** €

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
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 2 6 0 7 2 0 2 4 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 BAH MAMADOU

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

numéro d'immatriculation 1 7 9 1 1 0 0 1 3 7 2 0 6 1 0

date de naissance 0 1 0 7 1 9 7 4

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
COLLIA SPADA EVRY - 9B BD DES COQUIBUS 91000 - EVRY

• **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 KERVINION FLORIAN date de prescription 0 6 0 6 2 0 2 4

identifiant 7 5 0 0 0 0 5 0 7 n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

• **position de la demande**

1ère attribution [X] 2ème attribution [ ] appareil provisoire [ ] renouvellement [ ] 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
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur
LPP 2681257 - Moulage, quelle que soit la hauteur

• **appareil atypique** [ ] *(joindre le devis détaillé)*
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

BASE DE REMBOURSEMENT € **PRIX DE VENTE** €

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
TEL : 01 82 01 96 41

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 5 2 9 8 6 9 0 0 0 0 0 0 1 6

date 2 6 0 7 2 0 2 4 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

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Essonne

Mon numéro : 7 19 11 00 137 206 11
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
BAH Mamadou Kabirou

Attestation de droits à l'assurance maladie et à la Complémentaire santé solidaire

Valable du 04/10/2023 au 03/10/2024 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 911 8822	89		
CPAM DE L'ESSONNE 91040 EVRY CEDEX		7 19 11 00 137 206 11	

N°	Organisme complémentaire
01	CPAM DE L'ESSONNE 91000 EVRY

Bénéficiaire(s) *nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage*	N° de sécurité sociale *(pour information)*	Né(e) le/rang	N° ordre OC	Date début de la Complémentaire	Date fin de la Complémentaire
BAH Mamadou Kabirou a déclaré un médecin traitant *CSS sans participation financière du 01/11/2023 au 31/10/2024*	7 19 11 00 137 206 11	01/07/1974 1	01	01/11/2023	31/10/2024

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 mod disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance m son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamat la Commission nationale Informatique et Libertés.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documen d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité sociale.

cerfa

n° 12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

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

partie à compléter par l'assuré(e)

o personne bénéficiaire de l'appareillage *(la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)*

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

numéro d'immatriculation [illegible]

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 [illegible]

adresse [illegible]

o 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 ☐ date non ☐

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Paralysie sciatique complète sur luxation de hanche gauche traumatique.

Equin + défaut releveur de cheville et triceps sural.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
Hôpital Sainte-Marie
Groupe VYV
Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Docteur Florian KERVINIO
RPPS : 10101184306
167, rue Raymond Losserand 75014 PARIS
Finess : 750 000 507
Un établissement géré par VYV 3 Ile-de-France
identifiant

raison sociale
adresse
Hôpital Sainte-Marie Paris
Groupe VYV
Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Docteur Florian KERVINIO
RPPS : 10101184306
167, rue Raymond Losserand 75014 PARIS
Finess : 750 000 507
Un établissement géré par VYV 3 Ile-de-France
n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date [illegible] 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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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 HUMECTEZ ICI

cerfa

n° 12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 1
à conserver par l'assuré(e)

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

numéro d'immatriculation 7 19 11 100 137 206 | 11

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 07 01 1974

adresse Coallia PADA 17 131 9 Bd des Coquibus 91000 Evry

- **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 ☐ 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.212-1)** oui ☐ non ☐

accident du travail ou maladie professionnelle ☐ date **autre** ☐

- **type d'appareil**

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 ☐ (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)**

Chaussure orthopédique. Déficit sciatique gauche + ILMI. Tige haute avec releveur intégré + conservée équin(utile) + talon compensateur de l'équin. Sur moulage.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
Hôpital Saint-Joseph Paris
Groupe VYV
Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Docteur Florian KERVINIO
RPPS : 10101184306
167, rue Raymond Losserand 75014 PARIS
Finess : 750 000 507
Un établissement géré par VYV 3 Ile-de-France
identifiant

raison sociale
Hôpital Saint-Joseph Paris
Groupe VYV
adresse
Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Docteur Florian KERVINIO
RPPS : 10101184306
167, rue Raymond Losserand 75014 PARIS
Finess : 750 000 507
Un établissement géré par VYV 3 Ile-de-France
n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)*

date 06 06 2024 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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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