

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

date de réception :

personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)

personne bénéficiaire de l'appareillage

nom et prénom THIERRY SIMONETTO

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

numéro d'immatriculation 161042808800922

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 03 04 1961

adresse 2ter Rue Babeuf , 94800 - Villejuif

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 CHARLES COURT date de prescription 06 05 2024

identifiant 940100043 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 808.94€
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 907.92€ € PRIX DE VENTE 907.92€ €

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 27 08 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :

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 **SIMONETTO SIMONETTO THIERRY**

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

numéro d'immatriculation | 1 | 6 | 1 | 0 | 4 | 2 | 8 | 0 | 8 | 8 | 0 | 0 | 9 | | 2 | 2 |

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 | 0 | 3 | 0 | 4 | 1 | 9 | 6 | 1 |

adresse **2 TER RUE BABEUF**
94800 VILLEJUIF

● **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 : **BCT CS ORTHOPEDIE-010X138**

● **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**

oui date | | | | | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
COURT CHARLES

raison sociale
BCT CS ORTHOPEDIE-010X138

adresse
78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 6 | 4 | 8 | 0 | 2 |

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) **9 4 0 1 0 0 0 4 3**

date | 0 | 6 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | 4 |

signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

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.



prescription médicale pour grand appareillage

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

n° 12042*02

(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 **SIMONETTO SIMONETTO THIERRY**

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

numéro d'immatriculation **1 6 1 0 4 2 8 0 8 8 0 0 9 2 2**

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 **0 3 0 4 1 9 6 1**

adresse **2 TER RUE BABEUF
94800 VILLEJUIF**

• 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 : **BCT CS ORTHOPEDIE-010X138**

• 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 **10/01/01/1987** 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)

Faire réaliser chaussure orthopédique sur mesure

Inégalité de longueur supérieure a 2 cm

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom CHARLES COURT	raison sociale BCT CS ORTHOPEDIE-010X138
identifiant 1 0 0 0 1 2 6 4 8 0 2	adresse 78, rue du Général Leclerc 94275 LE KREMLIN-BICÊTRE
	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 9 4 0 1 0 0 0 4 3

date **0 6 10 15 2 0 2 4**  **SIGNE ELECTRONIQUEMENT**

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.



En raison des incidents de sécurité d'opérateurs de complémentaire, soyez vigilants sur la gestion de vos mots de passe et dans le doute, réinitialisez vos mots de passe. En cas de difficulté, vous pouvez contacter le 3608.



MES ACTIVITÉS ET SERVICES PATIENTS



[ACCÉDER À MES SERVICES](#)

INFORMATIONS

PATIENT 

NIR : **1610428088009**

Régime : **Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)

SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

UN PROBLÈME, UNE QUESTION?

[Contacter l'Assurance Maladie](#)

NOUS CONTACTER

3608 [Service gratuit + prix appel](#)

[À propos](#) | [Configuration](#) | [Mentions légales](#) | [CGU](#) |

[Accessibilité : non conforme](#)