

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 FRANK FURNESS

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

numéro d'immatriculation 151129913229428

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 29 12 1951

adresse 12 Rue Marthe , 93160 - Noisy-le-Grand

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 SIVAPALAN REKA date de prescription 12 11 2024

identifiant 931041826 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€
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 29 11 2024

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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

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 FRANK FURNESS

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

numéro d'immatriculation 151129913229428

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 29 12 1951

adresse 12 Rue Marthe , 93160 - Noisy-le-Grand

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 SIVAPALAN REKA date de prescription 12 11 2024

identifiant 931041826 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 29 11 2024

signature

avis du médecin conseil

accord refus - d'ordre médical

date - d'ordre administratif - motif :



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Seine-Saint-Denis



Mon numéro : 1 51 12 99 132 294 28  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
FURNESS Frank

CHAMBRE SEINE ST DENIS CS 84200  
93160 NOISY LE GRAND

Mon numéro : 1 51 12 99 132 294 28

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

FURNESS Frank

Pour mes démarches, j'utilise mon compte email.

Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

M. FURNESS Frank

13 RUE MARTHE

93160 NOISY LE GRAND

## Mon attestation de droits à l'Assurance Maladie

Valable du 09/09/2024 au 08/09/2025 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 |
|--|--------------|--|---------------------------------|
| 01 931 2121  | 11           | 1 51 12 99 132 294 28  |                                 |
| Bénéficiaires(s)<br>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage   |              | N° de sécurité sociale du bénéficiaire<br>(pour information)                           | Né(e) le / rang                 |
| FURNESS<br>Frank<br>a déclaré un médecin traitant<br>INVALIDITE : 100% A COMPTER DU 01/05/2012 SAUF PHARMACIE 30% (PH4) ET PHARMACIE 15% (PH2)<br>SI SOINS POUR AFFECTION LISTE : TIERS PAYANT ET 100% DU 01/02/2019 AU 02/02/2029<br>POUR TOUTES LES PRESTATIONS EN RAPPORT AVEC MALADIE DU PROTOCOLE |              | 1 51 12 99 132 294 28  | 29/12/1951 1                    |

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 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de 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 (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité sociale.

**Cabinet Médical Galien**  
**Docteur SIVAPALAN Reka**  
Médecine Générale  
15 clos des CASCADES  
93160 NOISY LE GRAND  
10101107588/931041826

Consultation sur rendez-vous  
Du Lundi au Vendredi de 9h à 12h30 et 14h à 18h  
Samedi de 9h à 13h  
Tel:01 43 04 00 11 Fax :01 43 05 01 60  
Prise de rdv par internet: [www.doctolib.fr](http://www.doctolib.fr)

Date : 12/11/2024

Monsieur                      Frank FURNESS  
Né(e) le                        29/12/1951 72 ans  
Sexe                              Homme

## Ordonnance de autres paramédicaux

1) 1 paire de chaussures orthopédiques

Nombre total Prescriptions : 1

Signé via Doctolib le 12/11/2024  
Reka SIVAPALAN  


Membre d'une A.G.A, le règlement des honoraires par espèce, carte bancaire ou chèque est autorisé

Appelez le 15 si urgence