

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 ADELIA PHAMBU VUNDA

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

numéro d'immatriculation 214049304826113

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 04 2014

adresse 5 Square Hector Berlioz, 93110 - Rosny-sous-Bois

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

nom et prénom SYLVIE PHAMBU VUNDA

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

numéro d'immatriculation 276059931215771

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 KARINE DE PLINVAL date de prescription 04 04 2025

identifiant 750803454 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)

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 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 11 04 2025

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 ADELIA PHAMBU VUNDA

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

numéro d'immatriculation 214049304826113

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 04 2014

adresse 5 Square Hector Berlioz, 93110 - Rosny-sous-Bois

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

nom et prénom SYLVIE PHAMBU VUNDA

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

numéro d'immatriculation 276059931215771

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 KARINE DE PLINVAL date de prescription 04 04 2025

identifiant 750803454 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)

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 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 11 04 2025

signature [Signature]

avis du médecin conseil

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

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



SARL PHAN LENOBLE
ASSOCIES
Fournisseur de biens
médicaux Podo-
orthèses
12 R MIRABEAU
94230 CACHAN



ACTIVITÉS

- Mes services paiements
- Commande d'imprimés

SERVICES PATIENTS

i Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

- Arrêt de travail
- Déclaration simplifiée de grossesse
- Déclaration médecin traitant
- Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

INFORMATIONS ? PATIENT

NIR : **2760599312157**

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**
Exonération TM : **OUI**

Autres bénéficiaires

Sélectio ▼

CHANGER DE PATI

UNE DEMANDE ?

Contactez l'Assurance Maladie

Réclamations paiements

maladie

paiements



SÉCURISEZ VOS
CONNEXIONS
IDENTIFIANT/MOT DE



PLUS D'INFORMATIONS



Le site de
l'Assurance
Maladie



Nomenclature
des actes

3608

Service gratuit + prix appel

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

Accessibilité : non conforme

Ordonnance bizona

Articles L.322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale

<p>Identification du prescripteur <i>(nom, prénom et identifiant)</i></p> <p>Docteur KARINE DE PLINVAL</p> <p>N° RPPS  RDB URGENCES 10100202794</p>	<p>Identification de la structure <i>(raison sociale du cabinet, de l'établissement et N°AM, FINESS ou SIRET)</i></p> <p>HOPITAL ROBERT DEBRE</p> <p>N° FINESS  750803454</p>
---	---

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)

L'enfant PHAMBU VUNDA Adelia

N° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))
2 1 4 0 4 9 3 0 4 8 2 6 1 1 3

Ordonnance du 04/04/2025 à 18:08

Née le 29/04/2014
Agée de 10 ans et 10 mois
Poids : 43.5 kg

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

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure avec moulage "ainsi que la pathologie"
A renouveler une fois

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

Ordonnance validée électroniquement par Docteur KARINE DE PLINVAL

