

# 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**

**personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)**

**• personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom **JEAN DIDER NDOMB**

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

numéro d'immatriculation **171039932212011**

date de naissance **01 03 1971**

*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

**16 Rue Dalayrac , 94120 - Fontenay-sous-Bois**

**• 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 **ABIVEN SHARON**

date de prescription

**11 09 2024**

identifiant **920100062**

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 **Phan & Lenoble Associés**  
adresse **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 0 1 6**

date **20 09 2024**

signature

**avis du médecin conseil**

accord

refus  - d'ordre médical

- d'ordre administratif  - motif : .....

date

# 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**

**personne bénéficiaire de l'appareillage et assuré(e)**

**• personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom **JEAN DIDER NDOMB**

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

numéro d'immatriculation **171039932212011**

date de naissance **01 03 1971**

*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  
**16 Rue Dalayrac , 94120 - Fontenay-sous-Bois**

**• 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 **ABIVEN SHARON**

date de prescription

**11 09 2024**

identifiant **920100062**

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

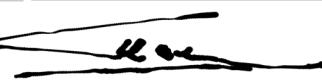
identifiant **9 4 2 6 3 1 1 6 9 - CONV 1**

raison sociale **Phan & Lenoble Associés**  
adresse **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 0 1 6**

date **20 09 2024**

signature



**avis du médecin conseil**

accord

refus  - d'ordre médical

date

- d'ordre administratif  - motif : .....  
.....

Hôpital Corentin Celton  
4, parvis Corentin Celton  
92130 ISSY-LES-  
MOULINEAUX

Standard : 01 58 00 40 00  
920100062



SERVICE DE MEDECINE  
PHYSIQUE  
ET DE READAPTATION  
Rééducation Orthopédique et  
Traumatologique

Chef de Service

Docteur Jean VIDAL  
Secrétariat médical et  
Programmation Hospitalisation :  
Mme Lydia FEVRIER  
Tél. : 01.58.00.48.40  
Fax : 01.58.00.41.50

Médecins Adjoints

Docteur Shiraz SERI  
Docteur Rebecca COHEN  
Secrétariat médical :  
Aurélie BATISTA  
Tel. : 01.58.00.41.88  
Docteur Sharon ABIVEN  
Secrétariat médical :  
Christine CONDETTE  
Tel. : 01.58.00.42.77

Hospitalisation conventionnelle  
Pavillon Leplat

Cadre de santé  
Christian UNG  
Tél. : 01.58.00.41.84

Secrétariat Hospitalier  
3ème étage :  
Tél/Fax : 01.58.00.48.42 / 49.61  
2ème étage :  
Tél/Fax : 01.58.00.42.30/49.14

Hôpital de jour  
Accueil :  
Tél. : 01.58.00.43.00  
Cadre de santé  
Tél. : 01.58.00.46.12

Cadre de rééducation  
Mme Dorothee SELLAM  
Tél. : 01.58.00.41.85

Consultations – prise de RDV  
Tél. : 01.58.00.42.50  
Fax : 01.58.00.42.80

Assistantes Sociales  
Mme Lida HONVO  
Tél. : 01.58.00.42.62

courriel : prénom.nom@aphp.fr

Identification du prescripteur  
(nom, prénom et identifiant)

Docteur Sharon ABIVEN

N° RPPS



10101531548

CCL MED PHYS READ

Issy-les-Moulineaux, le 11/09/2024 à 16:30

## ORDONNANCE

IMAGERIE



IPP : 8012319988 7  
**NDOMB**  
JEAN DIDIER  
Nom de naissance : NDOMB  
Né(e) le : 20/03/1971 Sexe : M  
NDA : 2200075752 Entré(e) le : 09/09/202

1 Paire de chaussures orthopédiques



**i** 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 : **1710399322120**

Régime : **REGIME GENERAL**

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **NON**

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** 

[À propos](#) [Configuration](#) [Mentions légales](#) [CGU](#)  
[Accessibilité : non conforme](#)