

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 accordVOLET 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 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

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 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)

VOLET 2

à adresser et à conserver  
au service médicalle 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 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

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 20 09 2024

signature



## avis du médecin conseil

accord ☐refus ☐- d'ordre médical ☐- d'ordre administratif ☐ - motif : .....

date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



AP-HP Centre  
Université  
Paris Cité

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 :  
Aurélien BATISTA  
Tél. : 01.58.00.41.88  
Docteur Sharon ABIVEN  
Secrétariat médical :  
Christine CONDETTE  
Tél. : 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

Assistants Sociales  
Mme Lida HONVO  
Tél. : 01.58.00.42.62

Coordonnées : 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  
N° 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



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](#)