

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

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

numéro d'immatriculation

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

adresse

● **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 :

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

oui date

non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

● **le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage**

Patent 58 ans, diabète, gaffe caduque.
Amputation trochantériennes bilatérales
Non cicatrisation avec PPP box ballon dent.
Évolution négligée → escarres
Fongis non cicatrisation.
Nécessité de l'usage +++.

HÔPITAL MARIE-LANDELONGUE PARIS SAINT JOSEPH

DR. ALEXANDRE COSTANZO

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

ALEXANDRE PLESSIS ROBINSON

Tel : 01.40.94.28.00

92 0 15009 1

identifiant

Alexandre COSTANZO

Chirurgie Vasculaire

numéro de l'acte : 10001612463

date

27/01/2014

signature

raison sociale

GRUPE HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH

adresse

SITE HOPITAL MARIE-LANDELONGUE

HDS Médecine Vasculaire
133, avenue de la Résistance

92350 LE PLESSIS ROBINSON

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Numéro Finess : 92 0 15009 1



prescription medicale pour grand appareillage

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

n° 12042*02

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 **AFONSO**

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

numéro d'immatriculat **PHILIPPE**

date de naissance **08/08/1970 (54 ans) V2**

Né(e) AFONSO M

adresse **IPP : 111063044**

début séj : 25/11/2024

Séj : 124564250

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)

● **assuré(e)** (à remplir si

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 :

● **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.115) oui non

accident du travail ou maladie professionnelle date 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)**

Une paire de chaussures orthopédiques sur semelles et sur montées. Plâtré mouton adhésif épaisseur 2 cm

GRUPE HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH
SITE HOPITAL MARIE-LANNELONGUE

133 avenue de la Résistance
identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **92350 LE PLESSIS ROBINSON**

Tél: 01.40.94.28.00

92 0 15009 1

Docteur Alessandro COSTANZO

Chirurgie Vasculaire

identifiant **Identifiant RPS: 10001612463**

adresse **GRUPE HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH**

SITE HOPITAL MARIE-LANNELONGUE

HDS Médecine Vasculaire

133, avenue de la Résistance

92350 LE PLESSIS ROBINSON

n° structure **01.40.94.28.00**

(AM. FINAN. BSR)

numéro Finess : **92 0 15009 1**

date **27/11/2024** signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de sanctions financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 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.