



prescription médicale pour grand appareillage

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

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 3
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service médical)

n° 12042*02

partie à compléter par l'assuré(e)

o **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom LITANDA LIYOKO LITANDA LIYOKO MANACE

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

numéro d'immatriculation | 1 | 1 | 3 | 0 | 3 | 9 | 4 | 0 | 4 | 3 | 1 | 8 | 6 | | 0 | 3 |

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 | 2 | 5 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 3 |

adresse 06 RUE GERMAINE TILLION
91420 MORANGIS

o **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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

o **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée | | | | | | | | service : TRS CS CHIR ORTHO PED-088X611

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

oui date | | | | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Agénésie du rayon externe membre inférieur gauche.
Ectromélie longitudinale externe.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Hôpital Armand TROUSSEAU**
FITOUSSI FRANCK NOËL
26, Avenue du Docteur Arnold Netter - 75012 PARIS
Service d'Orthopédie et de Chirurgie
Réparatrice de l'Enfant
N° Finess : 750100109
Dr. Franck FITOUSSI

raison sociale
TRS CS CHIR ORTHO PED-088X611

adresse
26, av. du Docteur Arnold Netter
75012 PARIS

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 1 0 9

identifiant | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 7 | 5 | 5 | 4 | 9 |

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date | 2 | 5 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5 | signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.



prescription médicale pour grand appareillage

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

n° 12042*02

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

partie à compléter par l'assuré(e)

o personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

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

numéro d'immatriculation | 1 | 1 | 3 | 0 | 3 | 9 | 4 | 0 | 4 | 3 | 1 | 8 | 6 | | 0 | 3 |

date de naissance | 2 | 5 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 3 |

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 06 RUE GERMAINE TILLION
91420 MORANGIS

o 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

o en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée | | | | | | | | service : TRS CS CHIR ORTHO PED-088X611

o 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)

o 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.212-1) oui non

accident du travail ou maladie professionnelle date | | | | | | | | autre

o 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)

o nature de l'appareil

définitif provisoire renouvellement réparation

o descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Réaliser sur moulage une paire de chaussures orthopédiques sur mesure.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom Hôpital Armand TROUSSEAU FRANCK NOEL FITOUSSI Avenue A. NETTER - 75012 PARIS Service d'Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice de l'Enfant N° Finess 750100109 Dr Franck FITOUSSI	raison sociale TRS CS CHIR ORTHO PED-088X611 adresse 26, av. du Docteur Arnold Netter 75012 PARIS n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 1 0 9
identifiant 1 0 0 0 1 4 7 5 5 4 9	

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date | 2 | 5 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5 | signature

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.

S 3135 b