



prescription médicale pour grand appareillage

n° 12042*02

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

numéro d'immatriculation | 2 | 8 | 4 | 0 | 3 | 7 | 7 | 2 | 8 | 8 | 1 | 4 | 0 | | 0 | 8 |
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 | 1 | 9 | 0 | 3 | 1 | 9 | 8 | 4 |

adresse 6 CHEMIN DES TERRES NOIRES
77176 SAVIGNY LE TEMPLE

● 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 : RPC CHIR ORTHO (UF)

● 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.212-1) 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)

Faire réaliser une paire de chaussures orthopédiques par orthoprothésiste sur moulage

A droite : pied bien équilibré, équin <1 cm, élévation postérieure et surtout adaptation à l'élargissement de l'avant pied (conflit latéral dans chaussure du commerce)

A gauche : varus adductus modéré mais avec tendance à l'inversion et risque déséquilibre. Compensation statique pied

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom FABIEN CALE	raison sociale GH RAYMOND POINCARÉ-BERCK
identifiant 1 0 1 0 0 4 1 7 1 6 0 1 6 0 1 0 0 0 5 4	adresse 104, boulevard Raymond Poincaré 92380 GARCHES
date 3 1 0 5 2 0 2 4	Chirurgie des Hôpitaux RPPS 1210042160 81 47 10 70 58

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 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.

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 TONTINI TONTINI JENNIFER

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

numéro d'immatriculation 2 8 4 0 3 7 7 2 8 8 1 4 0 0 8

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 1 9 0 3 1 9 8 4

adresse 6 CHEMIN DES TERRES NOIRES
77176 SAVIGNY LE TEMPLE**● 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 : RPC CHIR ORTHO (UF)

● 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.212-1) oui non accident du travail ou maladie professionnelle date autre **● type d'appareil**

prothèse membre supérieur <input type="checkbox"/>	prothèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	
orthèse membre supérieur <input type="checkbox"/>	orthèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	orthèse tronc <input type="checkbox"/>
prothèse oculaire et maxillo-faciale <input type="checkbox"/>	podo-orthèses <input checked="" type="checkbox"/>	appareil atypique sur devis <input type="checkbox"/> (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

● nature de l'appareildéfinitif provisoire renouvellement réparation **● descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)**

Faire réaliser une paire de chaussures orthopédiques par orthoprothésiste sur moulage

A droite : pied bien équilibré, équin <1 cm, élévation postérieure et surtout adaptation à l'élargissement de l'avant pied (conflit latéral dans chaussure du commerce)

A gauche : varus adductus modéré mais avec tendance à l'inversion et risque déséquilibre. Compensation statique pied

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exercenom et prénom
CALE FABIENraison sociale
GH RAYMOND POINCARE-BERCKadresse
104, boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES

identifiant 1 0 1 0 0 4 0 1 0 0 5 4

Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest
Site R POINCARE
Dr Fabien CALE
Chirurgie des Hôpitaux
RPPS 10100417180 / Finess 92 0 10 0054
01 47 10 70 58

n° structure
9 2 0 1 0 0 0 5 4

date 3 1 0 5 2 0 2 4

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

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

n° 12042*02

(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)

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 TONTINI TONTINI JENNIFER

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

numéro d'immatriculation | 2 | 8 | 4 | 0 | 3 | 7 | 7 | 2 | 8 | 8 | 1 | 4 | 0 | 0 | 8 |

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 | 1 | 9 | 0 | 3 | 1 | 9 | 8 | 4 |

adresse 6 CHEMIN DES TERRES NOIRES
77176 SAVIGNY LE TEMPLE

- **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 : RPC CHIR ORTHO (UF)

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

oui date | | | | | | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Spina bifida, déformation pieds

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
CALE FABIEN

raison sociale
GH RAYMOND POINCARE-BERCK

adresse
104, boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES

identifiant | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | Hôpitaux Universitaires Paris Ile de France Ouest
Site R POINCARE n° structure | 9 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 4 |
Dr Fabien CALE (AN, FINESS ou SIRET)

date | 3 | 1 | 0 | 5 | 2 | 0 | 2 | RPPS 10100417160 / Finess 820100094
Chirurgien des Hôpitaux
SIGNÉ, ÉLÉ, 67004
01 47 10 70 58

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