

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)

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 SCHIAVON SCHIAVON BERNARD

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

numéro d'immatriculation

1 4 9 0 4 3 8 5 1 6 0 8 8 3 1

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 1 0 4 1 9 4 9

adresse 31 TER AVENUE DE PARIS
92320 CHATILLON

● 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 : ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

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

oui ☐ datenon ☒

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

patient diabétique à risque podologique de grade 3

amputation transtibiale gauche et amputation du 4 ème rayon droit sur ischémie de membre avec infection
Cicatrisé avec déformation résiduelle et hyper appuis

Chaussage demandé en prévention secondaire pour correction des appuis

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BOURGEON MURIEL

raison sociale

ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

adresse

157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART

identifiant

1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 2 1

date

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

VOLET 2
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service administratif)

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 SCHIAVON SCHIAVON BERNARD

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

numéro d'immatriculation 1 4 9 0 4 3 8 5 1 6 0 8 8 3 1

date de naissance 2 1 0 4 1 9 4 9

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 31 TER AVENUE DE PARIS
92320 CHATILLON

● 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 : ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

● 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)

Une paire de chaussure sur mesure

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

BOURGEON MURIEL

raison sociale

ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

adresse

157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART

identifiant

1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

9 2 0 1 0 0 0 2 1

date

1 1 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.

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 SCHIAVON SCHIAVON BERNARD

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

numéro d'immatriculation

1 4 9 0 4 3 8 5 1 6 0 8 8 3 1

date de naissance

2 1 0 4 1 9 4 9

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 31 TER AVENUE DE PARIS
92320 CHATILLON

● 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 : ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

● 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)

Une paire de chaussure sur mesure

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

MURIEL BOURGEON

raison sociale

ABC CS DIABETO ENDOCRINO-028X656

adresse

157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART

identifiant

1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

9 2 0 1 0 0 0 2 1

date

1 1 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.