

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 FOUTRY RIGAL FOUTRY RIGAL LIAM

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

numéro d'immatriculation 1 1 3 0 8 9 2 0 6 4 0 2 1 6 0

date de naissance 0 1 0 8 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 90 BIS RUE D ESTIENNE D ORVES
92500 RUEIL MALMAISON

● 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 : NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

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

oui ☐ date non ☒

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

polyhandicap sur syndrome de coffin Siris

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

HULLY Marie

raison sociale

NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

adresse

149, rue de Sèvres
75015 PARIS

identifiant

1 0 1 0 0 2 8 0 6 4 2

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 2 0 8

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date

1 3 1 1 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.

S 3135 b

HUMECTEZ ICI

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 FOUTRY RIGAL FOUTRY RIGAL LIAM

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

numéro d'immatriculation

1 1 3 0 8 9 2 0 6 4 0 2 1 6 0

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

0 1 0 8 2 0 1 3

adresse 90 BIS RUE D ESTIENNE D ORVES

92500 RUEIL MALMAISON

● 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 : NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

● 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 chaussures orthopédiques sur moulage avec chausson moulé intégré, classe B, tige haute, style derby

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
Marie HULLY

raison sociale

NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

adresse

149, rue de Sèvres
75015 PARIS

identifiant

1 0 1 0 0 2 8 0 6 4 2

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

7 5 0 1 0 0 2 0 8

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date

1 3 1 1 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.