



# 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 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 TRANDUY

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

numéro d'immatriculation 1370470531013147

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 20041227

adresse 2 rue de la République 92290 Chatenay Malabry

### 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

- Troubles de la marche sévère
- Instabilité
- Raideur articulaire
- Neuropathie sévère

Nécessité de chaussures sur mesure indispensable à la vie professionnelle compte tenu du handicap

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

**DR DEVY MOUCHÈS carole**  
1 avenue de la division Leclerc  
92290 CHATENAY MALABRY  
92 1 14808 6 Tel 01 84 19 62 85

identifiant                     

raison sociale

adresse

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET)                     

date                      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



# 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)

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 TRANNOY Robert

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

numéro d'immatriculation 13704785961013127

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 12/10/41/93/7

adresse 2 allée de la Boissière 92350 Le Plessis Robinson

### ● 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 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 mesure avec semelles orthopédiques pour arthrose de cheville sévère et maladie de charcot avec instabilité et enraidissement.

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  <b>DR DEVY MOUCHÉS carole</b> 1 avenue de la division Leclerc 92290 CHATENAY MALABRY 92 1 14808 6 Tel 01 84 19 62 85	raison sociale  adresse  n° structure (AM, FINES ou SIRET)
identifiant	

date 15/11/2024 signature C. Mouchés

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.