



n°12042\*02

## prescription médicale pour grand appareillage

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

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 **CHERRAD Souria (née CHERRAD)**

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

Numéro d'immatriculation **265017511457028**Date de naissance **23/01/1965**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 **10 SENTIER DES POIRIERS DE CLOCHE  
91620 LA VILLE DU BOIS**

• 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 **24/04/2025** 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

• le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage

Patiente présente une hémiplegie gauche à prédominance brachiale

Pied varus équin spastique

ATCDs :

-Arythmie cardiaque (fibrillation auriculaire et flutter) diagnostiquée en 1994, dans un contexte de cardiomyopathie hypertrophique.

-Pose de pace maker vers 2006, puis d'un défibrillateur automatique implantable en Mars

-AVC ischémique sylvien droit en 2008 avec hémiplegie gauche séquellaire.

- Récidive d'un infarctus sylvien droit sur ACFA emboligène, devant un doute sur la présence d'un thrombus apical, une décision collégiale

de remplacer l'Elquis par la Coumadine.

-Diabète de type 2 découvert vers 2008)

Tabagisme sevré fin Mars 2019

Syndrome dépressif traité par SEROPLEX en 2018

Pyélonéphrite à E. Coli en Octobre 2017

-Plusieurs crises de colique néphrétique, dont la dernière en 2013.

-Fracture de l'humérus proximal gauche en Mars 2018 après une chute.

-Adénomes surrenaliens bilatéraux qui seraient stables selon une observation médicale datant à 12/2023.

(non bilanté selon patiente)

-Ostéoporose

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

identifiant 10107961145

raison sociale **Maison de l'Yvette**  
adresse **2, rue Guy Moquet  
91400 ORSAY**n° structure **910800986**  
(AM, FINESS ou SIRET)date **24/04/2025**

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI  
RPPS 10107961145  
SSR Neuro-Orsay  
2, Rue Guy Moquet / 91400 ORSAY  
Tél. 01 82 72 45 88 / Fax 01 82 72 45 89

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines d'application, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

La loi n°78-17 du 06 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



n°12042\*02

## prescription médicale pour grand appareillage

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

Volet 1

A 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 **CHERRAD Souria (née CHERRAD)**

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

Numéro d'immatriculation **265017511457028**Date de naissance **23/01/1965**

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 **10 SENTIER DES POIRIERS DE CLOCHE  
91620 LA VILLE DU BOIS**

- 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 **24/04/2025** 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.115) oui  non accident du travail ou maladie professionnelle  date  autre 

- type d'appareillage

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)

Chaussures sur moulage avec releveurs intégré à gauche

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

identifiant 10107961145

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI  
RPPS 10107961145  
SSR Neuro-Ortho MPR  
2, Rue Guy Moquet - 91400 ORSAY  
Tél 01 82 72 45 88 / Fax 01 82 72 45 87raison sociale Maison de l'Yvette  
adresse **2, rue Guy Moquet  
91400 ORSAY**n° structure 910800986  
(AM, FINESS ou SIRET)

date 24/04/2025

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

La loi n°78-17 du 06 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