

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 LO FARO LO FARO JOSEPH

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

numéro d'immatriculation 1 5 6 0 2 9 9 1 2 7 2 9 0 6 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 2 6 0 2 1 9 5 6

adresse 7 RUE GUILLAUMET 94550 CHEVILLY LARUE

• 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 MPR UPOH (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 [x] 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 [x] appareil atypique sur devis [] (art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

• nature de l'appareil

définitif [x] provisoire [] renouvellement [x] réparation []

• descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Une paire de chaussures orthopédiques sur moulages de classe B

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom FRANCOIS GENET

raison sociale GH RAYMOND POINCARÉ-BERCK

adresse 104, boulevard Raymond Poincaré 92380 GARCHES

identifiant 1 0 0 0 1 6 1 9 0 3 9

n° structure (AM, FINESSE ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 5 4

date 2 6 0 8 2 0 2 4 signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

Professeur François GENÉT - PU-PH

Service de Médecine Physique et de Réadaptation

104, boulevard Raymond Poincaré - 92380 GARCHES

Secrétariat : 01 47 10 70 68

N° Adeli : 92 1 18322 4

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'annulation de la prescription.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses sur 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 LO FARO LO FARO JOSEPH

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

numéro d'immatriculation | 1 | 5 | 6 | 0 | 2 | 9 | 9 | 1 | 2 | 7 | 2 | 9 | 0 | | 6 | 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 | 2 | 6 | 0 | 2 | 1 | 9 | 5 | 6 |

adresse 7 RUE GUILLAUMET
94550 CHEVILLY LARUE

- **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 MPR UPOH (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

Séqueles de polio

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
GENET FRANCOIS

raison sociale
GH RAYMOND POINCARE-BERCK

adresse
104, boulevard Raymond Poincaré
92380 GARCHES

identifiant | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 1 | 9 | 0 | 3 | 9 |

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 5 4

date | 2 | 6 | 0 | 8 | 2 | 0 | 2 | 4 | signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

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 données personnelles sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.
Professeur François GENET - PU-PH
Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Hôpital Raymond Poincaré - 92380 GARCHES
Secrétariat : 01 47 10 70 68
N° Adeli : 92-1-18322-4

S 3135 b