

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 PRIMAULT PRIMAULT JACQUES

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

numéro d'immatriculation | 1 | 4 | 5 | 0 | 3 | 3 | 5 | 2 | 8 | 1 | 0 | 0 | 5 | | 5 | 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)

date de naissance | 2 | 7 | 0 | 3 | 1 | 9 | 4 | 5 |

adresse 163 RUE DE PARIS  
93260 LES LILAS

- 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 : AVC ENDOCRINOLOGIE

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

oui  date | | | | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

DT2 compliqué d'une plaie avec déformation du pied creux et orteils en griffes

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

EL FEKIH Zouhour

raison sociale

HOPITAL AVICENNE

adresse

125, rue de Stalingrad  
93000 BOBIGNY

identifiant

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 3 0 1 0 0 0 3 7

date

| 2 | 4 | 0 | 4 | 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)

**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 **PRIMAUT PRIMAUT JACQUES**

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

numéro d'immatriculation | 1 | 4 | 5 | 0 | 3 | 3 | 5 | 2 | 8 | 1 | 0 | 0 | 5 | | 5 | 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)

date de naissance | 2 | 7 | 0 | 3 | 1 | 9 | 4 | 5 |

adresse **163 RUE DE PARIS  
93260 LES LILAS**

● **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 : **AVC ENDOCRINOLOGIE**

● **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)**

Paire de chaussure orthopedique sur moulages

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

nom et prénom  
**EL FEKIH Zouhour**

identifiant

raison sociale  
**HOPITAL AVICENNE**

adresse  
**125, rue de Stalingrad  
93000 BOBIGNY**

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET) **9 3 0 1 0 0 0 3 7**

date | 2 | 4 | 0 | 4 | 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.