

partie à compléter par l'assuré(e)

• **personne bénéficiaire de l'appareillage** (nom* est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom : IPP : 2306520 Sexe : F

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) Nom nais.: NTUMBA DEKELE

noméro d'immatriculation Prén: NZAMBA

date de naissance Né(e) le: 27/07/1969

adresse J 424007901 UF : 3656

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)

• **assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas...)

nom et prénom

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

noméro 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.115) 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 avec moules

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom : Dr Bouali Hocba

raison sociale : HOPITAL MAX FOURESTIER

identifiant : Chef de Service Docteur Karim LACHGAR

date : 26/11/2024

signature : Service de Diabétologie-Endocrinologie

403 avenue de la République

92000 NANTERRE

Fax : 01 47 69 63 91

N° Finess : 92000577



prescription médicale pour grand appareillage

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

n° 12042*02

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")

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

numéro d'immatriculation _____

date de naissance _____

adresse _____

IPP : 2306520 Sexe : F
 Nom nais.: NTUMBA DEKELE
 Nom: NZAMBA
 Prén: SANSPRENOM
 Né(e) le: 27/07/1969



J 424007901 UF : 3656

médecin _____

du centre de paiement ou de la section
 (pour les salariés) ou nom et n° de
 conventionné (pour les non salariés)

● **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

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

Diabète
Amputation Chopart

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom _____

HÔPITAL MAX FOUQUIER
 Chef de Service Docteur Karim DANKAR
 Service de Diabétologie-Endocrinologie
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE
 Fax : 01 47 69 63 91
 N° Finess : 92000577

identifiant _____

date *26/07/2014*

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, 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 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

HUMECTEZ ICI

UCANS - Berleim