



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

numéro d'immatriculation

date de naissance

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

● **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**

INC Triplé géspasique
Nécessité de chaussures orthopédiques pour
améliorer la stabilité à la marche -
méd plats vulgaires
(bénéficiaire auparavant de copies qui ne
suffisent plus) -

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	Association des Paralysés de France Docteur Patricia LAURENT Spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation RPPS 10001210839 Résidence du Maine 9-11 rue Lebois 75014 Paris FINESS : 750834749 Tél. 01 40 64 80 80 - Fax 01 40 64 80 84	raison sociale	
identifiant		adresse	
		n° structure (AM, FINESS ou SIRET)	

Association des Paralysés de France
Docteur Patricia LAURENT
Spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation
RPPS 10001210839
Résidence du Maine 9-11 rue Lebois 75014 Paris
FINESS : 750834749
Tél. 01 40 64 80 80 - Fax 01 40 64 80 84

date 29/01/2025 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)

n° 12042*02

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

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

numéro d'immatriculation **29012751432795**
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 **11/12/1990**

adresse

● 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)

Faire 1 paire de chaussures orthopédiques sur mesure pour 2 pieds plats volgus.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
Association des Paralysés de France Docteur Patricia LAURENT Spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation RPPS 10001210839 Résidence du Maine 9-11 rue Lebovils 75014 Paris FINESS : 750834749 Tel: 01 40 64 80 80 - Fax 01 40 64 80 84	Association des Paralysés de France Docteur Patricia LAURENT Spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation RPPS 10001210839 Résidence du Maine 9-11 rue Lebovils 75014 Paris FINESS : 750834749 Tel: 01 40 64 80 80 - Fax 01 40 64 80 84
identifiant	n° structure <small>(AM, FINESS ou SIRET)</small>

date **29/01/2025** 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. 114-1 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.