

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 PICARD UTTER PICARD DOMINIQUE

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

numéro d'immatriculation

1 4 9 1 2 7 5 1 1 4 7 9 7 3 5

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

3 1 1 2 1 9 4 9

adresse 12 RUE ETIENNE DOLET
94230 CACHAN

- **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 : PSL CONSULTATION MPR X685

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

oui ☐

date

non ☐

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Accident vasculaire cérébral, hémiplegie droite spastique, invalidante

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

VASSILEV KOSTA

raison sociale

PSL CONSULTATION MPR X685

adresse

47-83 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

identifiant

1 0 0 0 4 0 3 2 7 1 9

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

7 5 0 1 0 0 1 2 5

SIGNÉ ELECTRONIQUEMENT

date

0 6 1 1 2 0 2 4

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.

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 PICARD UTTER PICARD DOMINIQUE

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

numéro d'immatriculation

1 4 9 1 2 7 5 1 1 4 7 9 7 3 5

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

3 1 1 2 1 9 4 9

adresse

12 RUE ETIENNE DOLET
94230 CACHAN

● 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 : PSL CONSULTATION MPR X685

● 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)

Chaussures sur mesure, correction de voute

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

KOSTA VASSILEV

raison sociale

PSL CONSULTATION MPR X685

adresse

47-83 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

identifiant

1 0 0 0 4 0 3 2 7 1 9

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

7 5 0 1 0 0 1 2 5

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date

0 6 1 1 2 0 2 4

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.