



n°12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

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

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 SUPPIAH Selvanayagam

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

Numéro d'immatriculation 159069923504101

Date de naissance 08/06/1959

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 6 ALL DE LA RUE NOUVELLIERE
91400 ORSAY

- **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 23/01/2025 service :

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

oui ☐ datenon ☐

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**

Hémiplégie droite avec pied varus équin, déficit sur les releveurs

Reste dépendant pour le chaussage

HTA

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

identifiant 10107961145

raison sociale Maison de l'Yvette

adresse 2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY

n° structure 910800986
(AM, FINESS ou SIRET)

date 30/01/2025

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, 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 06 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

HUMECTEZ ICI

S 3135 b



n°12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

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

Volet 1

A 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 **SUPPIAH Selvanayagam**

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

Numéro d'immatriculation **159069923504101**Date de naissance **08/06/1959**

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 **6 ALL DE LA RUE NOUVELIERE
91400 ORSAY**

- **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 **23/01/2025** service :

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

oui ☐ datenon ☐

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 ☐ dateautre ☐

- **type d'appareillage**

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 moulage pour pied varus équin

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

identifiant 10107961145

raison sociale Maison de l'Yvette

adresse **2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY**

n° structure 910800986

(AM, FINESS ou SIRET)

date 30/01/2025

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, 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 06 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