



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 TAVARES FERREIRA Francisca (née LEITE ALVES)

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

Numéro d'immatriculation 248079903950010

Date de naissance 15/07/1948

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 10 ALLEE DES MOULINS
91190 GIF SUR YVETTE

• 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 06/01/2025 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

Hémiplégie gauche → pied varus équin gauche

-Diabète insulino-dépendant

-Insuffisance rénale dialysée

-1er AVC en Mai 2023

-HTA

-Hypothyroïdie

-Obésité morbide

-Cancer du sein gauche traité par chirurgie et radiothérapie en 2008

-Syndrome d'apnée du sommeil appareillé

-Insuffisance cardiaque

-Glaucome

-Pas d'intoxication alcool-tabagique

-Immunité contre le COVID : 4 doses de vaccins + 1 infection COVID 19.

-Cancer du sein gauche

-Tumeur du sein droit traitée par chirurgie il y a plusieurs années

-Cancer cutané localisé en regard du grand pectoral droit

-Cataracte bilatérale

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 ORSAYn° structure 910800986
(AM, FINES 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



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 2

destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service administratif)

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 TAVARES FERREIRA Francisca (née LEITE ALVES

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

Numéro d'immatriculation 248079903950010

Date de naissance 15/07/1948

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 10 ALLEE DES MOULINS
91190 GIF SUR YVETTE

• 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 06/01/2025 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'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 gauche avec releveur intégré

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 ORSAYn° 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



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 **TAVARES FERREIRA Francisca (née LEITE ALVES)**

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

Numéro d'immatriculation **248079903950010**Date de naissance **15/07/1948**

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 **10 ALLEE DES MOULINS
91190 GIF SUR YVETTE**

- **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 **06/01/2025** service :

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

oui ☐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'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 gauche avec releveur intégré

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

raison sociale Maison de l'Yvette

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

identifiant 10107961145

n° structure 910800986

(AM, FINESSE ou SIRET)

date 30/01/2025

signature