



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

numéro d'immatriculation **1152121761217012178**
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 **10/5/1952**

adresse **12, rue de la Trilbonnière 41200 ROMORANTIN**

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

nom et prénom

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)

Une paire de chaussures orthopédiques sur montage avec compensation d'inégalité de longueur.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
Dr G. DUBOIS DE MONT MARIN CHRU Tours - Trousseau 02.47.47.87.15 RPPS: 10100954337	adresse
identifiant	n° structure <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i>

date **24/03/2025** 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

n° 12042*02

(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)

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

numéro d'immatriculation 11521121762AA-1212176

date de naissance 05/12/1952

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 12 rue de la Trullonnière 41200 ROMORANTIN

● 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)

Le patient bénéficie d'une prothèse de hanche de type...

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Dr G. DUBOIS DE MONT MARIN**
CHRU Tours - Trousseau
02.47.47.87.15
RPPS: 10100954337

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date 07/09/2015 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 _____
 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

- patient de 72 ans.
 - ATCD : - AVC
 - Encéphalite à anti CASPR2.
 - réaction titi-cob leuc de G → inégalité
 inégalité de la vue.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
Dr G. DUBOIS DE MONT MARIN CHRU Tours - Trousseau 02.47.47.87.15 RPPS: 10100954337	adresse
identifiant	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date _____ 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.



ACTIVITÉS

Mes services paiements

Commande d'imprimés

SERVICES PATIENTS

i Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

Arrêt de travail
Déclaration simplifiée de grossesse
Déclaration médecin traitant
Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

INFORMATIONS PATIENT

NIR : **1521276217012** 

Régime : **REGIME GENERAL**

MT : **OUI**

Droits à date du jour : **OUI**
Exonération TM : **OUI**

[CHANGER DE PATIENT](#)

UNE DEMANDE ?

[Contacter l'Assurance Maladie Réclamations paiements](#)



SÉCURISEZ VOS CONNEXIONS

IDENTIFIANT/MOT DE PASSE

[Télécharger le pdf](#)

PLUS D'INFORMATIONS



Le site de
l'Assurance Maladie



Nomenclature des
actes