

IDENTIFICATION DU PATIENT

PATIENT

NIR : **2570799383025**

RATTACHEMENT

Régime : **REGIME GENERAL**

DROITS

Droits à la date du jour : **OUI**

Exonération : **OUI**

MT : **OUI**

Les réponses figurant ci-dessus sont données à titre d'information et sous réserve des vérifications prévues par les textes régissant les remboursements des soins.



prescription médicale pour grand appareillage

VOLET 3

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

(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

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 _____

adresse _____

IPP : 00000022405 Sexe : F
 Nom nais.: BEKKAL
 Nom: JABRI
 Prén: ZOULIKHA
 Né(e) le: 06/07/1957

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)

J 424002414 UF : 3574

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

Diabétique avec neuropathie
 Déformation des orteils
 Mal profond

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom _____	raison sociale _____
identifiant _____	adresse _____
date _____	n° structure (AM, FINESS ou SIRET) _____

Dr Emma HAOUAT
 Médecin Hospitalier - Hôpital Max Fourestier
 Service de Diabétologie-Endocrinologie
 403 avenue de la République - 92000 NANTERRE
 10102311056

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.

S 3135 b

HUMECTEZ ICI



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

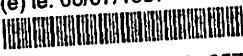
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

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 IPP : 000000022405 Sexe : F
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage) Nom nais.: BEKKAL
numéro d'immatriculation Prén: ZOULIKHA
date de naissance Né(e) le: 06/07/1957

J 424002414 UF : 3574
adresse

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)

● 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)

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure et sur-mesure.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom raison sociale
identifiant adresse
date signature
n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

Dr Emma HAOUAT
Praticien Hospitalier - Médecin Max-Frou
Service de la Réhabilitation - Neurologie
408 avenue de la République - 92300 NANTERRE
N° RPPS 1010 311185
N° Finess 92000577

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, 483-19, 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.