

● **personne bénéficiaire de l'aidé(e)** (e)

nom et prénom **AIT IDIR** ent remplie par le médecin

(nom de famille (de naissance), suivi) **TOUNSIA**

numéro d'immatriculation **NN : OULD AMER**

date de naissance **10/06/1946** F

adresse **H : 1705 M : 1705 LE 02/01/2024**

IPP : 302005369 77 ans

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.115) 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 un
 bon soutien de la semelle.
 Cuir souple semelle compensée

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce.

nom et prénom **Netes Laura-Otilia** raison sociale

adresse

identifiant **Diabétologie Endocrinologie HTA** n° structure

GHEF - Site de Meaux (AM, FINESS ou SIRET)

date **19/09/20** 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 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

nom et prénom
(nom de famille (de naissance), suivi du)
numéro d'immatriculation
date de naissance

AIT IDIR
TOUNSIA
NN : OULD AMER
IEP : 612687097 10/06/1946
H : 1705 M : 1705
IPP : 302005369
LE 02/01/2024
77 ans

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...)

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

● le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage

Diabète -
Défaut réductible des artères
Piel perforant plantaire

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

identifiant

adresse

Dr NETES Laura-Otilia
GHEF - Site de Meaux
Diabétologie Endocrinologie HTA
RPPS N° 10101217742

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, 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 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.