

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 424008068

Nom / Prénom : AUKELI/MIMOUNE

Nom Naissance: AUKELI

Né(e) le : 01/01/1940 à

Adresse : 2 AV J.CURIE

PTE 130

92000 NANTERRE

Tél : 0147213956

Télécom :

Port :

Entré(e) le : 02/12/2024 à 14h30

Présent(e) le : 03/12/2024

ENTREE DOMICILE

ASSURÉ

N°Matricule SS : 1400199381058 44

Nom / Prénom : AUKELI/MIMOUNE

Organisme : CPAM DES HAUTS DE SEINE

01 921 000 0

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

Fait à : NANTERRE

Le : 03/12/2024



prescription médicale pour grand appareillage

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

VOLET I

à conserver par l'assuré(e)

n° 12042*02

à compléter par l'assuré(e)

personne IPP : 000000027540 Sexe : M
 nom et prénom **Nom nais. : AUKELI**
 (nom de famille) **Nom : AUKELI**
 numéro d'itr **Prén : MIMOUNE**
Né(e) le : 01/01/1940

date de naiss 

adresse **H 424008068 UF : 3653**

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 mesures, sur moulages - classe B - modèle basse, cuir Simple -

identification du prescripteur (à compléter par le prescripteur qui exerce son activité libérale)

nom et prénom **Dr Bou...**

identifiant **HÔPITAL MAXIMilien BOURGEOIS
 Chef de Service Docteur Karim BOURGEOIS
 Service de Diabétologie-Endocrinologie
 403 avenue de la République
 92000 NANTERRE
 Fax : 01 47 69 63 91
 N° FINESS : 92000577**

date **03/12/2024** 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. 162-14 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** (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

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

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

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

Diabétique avec neuropathie
Déformation irréductible des orteils
Hallux valgus (+)
Douleurs plantaires
Tables de G statiques

identification du prescripteur (à compléter par le médecin prescripteur dans la situation dans laquelle il exerce)

nom et prénom

HÔPITAL MAX LAURESTIER
Chef de Service Docteur Karim LAKHAR
Service de Diabétologie-Endocrinologie
403 avenue de la République
92000 NANTERRE
Fax : 01.47.69.63.91
N° Finess : 92000577

identifiant

date

signature