

partie à compléter par l'assuré(e)

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

nom et prénom **BENHAGOUGA KAMEL** 19/12/1963 60
(nom de famille (de naissance))
numéro d'immatriculation **NN : BENHAGOUGA IEP : 613266991** M
date de naissance
adresse **H : 1965 M : 1701 LE 25/11/2024**
IPP : 300000624

atoirement remplie par le médecin

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)**
Podo-orthèse sur semelle avec moulages x 2
orthèse plantaire ≥ 18mm -

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Dr NETES Laura-Otilia**
raison sociale **GHEF - Site de Meaux**
adresse **Diabétologie Endocrinologie HTA**
identifiant **RPPS N° 1010121242**
n° structure **(AM, FINES ou SIRET)**
date **25/11/2024** signature

• personne bénéficiaire de l'a

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

BENHAGOUGA

19/12/1963

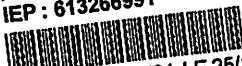
KAMEL

60

NN : BENHAGOUGA

M

IEP : 613266991



H : 1965 M : 1701 LE 25/11/2024

IPP : 300000624

(c)

et remplie par le médecin

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 ☐ datenon ☐

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

Dysétiques / neuropathie -
Mal perforant plantaire.
Hallux Rigides important.
Réformation osseuse

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

identifiant

adresse

date

signature

Dr NETES Laura-Otilia
GHEF - Site de Meaux
Métiologie Endocrinologie HTA
NPPS N° 10101217742

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)