

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

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 datenon **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 dateautre **● 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)**

chaussures orthopédique sur moulage

ordonnance validée électroniquement

prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

raison sociale

adresse 17 R DE LA PLAINE 75020 PARIS

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 1 0 1 0 9 9 2**Dr Mira Ramanoudjame**
Chirurgien Orthopédiste
Pédiatre
N° Adeli 751010992
Tel: 07.68.77.36.67

date 1 7 0 7 2 0 2 4

signature



prescription médicale pour grand appareillage

VOLET 3

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

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)

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 **BOTTEMANNE Luna**

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

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 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

pieds plats valgus neurologique

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

et de la structure dans laquelle il exerce

raison sociale

adresse **17 R DE LA PLAINE 75020 PARIS**

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) **7 5 1 0 1 0 9 9 2**

Dr Mira Ramanoudjame

Chirurgien Orthopédiste

Pédiatre

N° Adeli 751010992

Tel: 07.68.77.36.67

date **1 7 0 7 2 0 2 4**

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