

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 **Mr FAVENNEC Christian**

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

numéro d'immatriculation **14142751B 035 55**

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 **01/12/1941**

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 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 mesures sur moulage, classe B.
Podote montant ballinage droite, orthèse 7,3 mm**

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Dr NETES Laura-Otilia**
raison sociale **GHEP - Site de Meaux**
Diabétologie Endocrinologie HTA
identifiant **RPPS n° 10401217742**
structure (AM, FINES ou SIRET)

date **04/11/2024**

signature

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 ☐ 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

Diabétique

Amputation isfémur gauche -

Hallux valgus ++ droit -

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

adresse

identifiant

date

Dr NETES Laura-Otilia

GHEF - Site de Meaux

Diabétologie Endocrinologie HTA

Appos N° 1010220742

(Structure agréée SIRS)

signature