



prescription médicale pour grand appareillage

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

n° 12042*02

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

partie à compléter par l'assuré(e)

o personne bénéficiaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom **IPP : 000058381468 Sexe : M**
(nom de famille (de naissance), suivi du) **Nom nais.: FERNANDO**
 numéro d'immatriculation **Nom: FERNANDO**
Prén: THOBIA S
 date de naissance **Né(e) le: 28/11/1944**

adresse **J 424005809 UF : 3656**

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)

o assuré(e) (à remplir si la personne

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

o en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service :

o 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)

o 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

o 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)

o nature de l'appareil

définitif provisoire renouvellement réparation

o descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure, sur mesure orthèse 12mm, cuir simple - semelle compensée

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce ses activités

nom et prénom **HOPITAL MAX FOURESTIER**
raison sociale **Service de Service Docteur Karim LACHGAR**
Service de Diabétologie-Endocrinologie
403 avenue de la République
92000 NANTERRE
 n° structure **Fax : 01.47.69.63.91**
(AM, FINES ou SIRET) **N° Finess : 92000577**

identifiant **Dr Boudali Haider**

date **03/09/2024** 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. 162-1-14 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** ment remplie par le médecin)
 nom et prénom **IPP : 000058381468 Sexe : M**
 (nom de famille (de naissance), suivi **Nom nais.: FERNANDO**
 numéro d'immatriculation **Nom: FERNANDO**
Prén: THOBIAS 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 **Né(e) le: 28/11/1944**
 adresse **J 424005809 UF : 3656**

• **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**

patient diabétique
 Antécédent mal perforant plantaire
 Ostéites au griffes

HÔPITAL MAX FOURESTIER

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il assure

nom et prénom **Service de Diabétologie-Endocrinologie**
 adresse **403 avenue de la République**
92000 NANTERRE
Fax : 01.47.69.63.91
N° Finess : 92000577

identifiant **n° structure (AM, FINESS ou SIRET)**

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.