

**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 CRUAUD Yves

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

numéro d'immatriculation 1561069383104 11

date de naissance 10/10/1956

nom et n° de centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

adresse 25 RUE DES RENAUTES  
75017 PARIS 17

● **assuré(e)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom CRUAUD Yves

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

numéro d'immatriculation 1 56 10 69 383 104 11

● **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, moyen de jonctions, etc)**

*1 paire de chaussures orthopédiques sur mesure avec releveur intégrés avec semelles orthopédiques adaptées*

**identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom **D<sup>r</sup> LAM Thi Xuan Yen**  
RPPS N° 10100325421  
INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE  
140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE  
Tél. : 01 41 83 58 41 - Fax : 01 41 83 58 28  
N° FINESS ET 930021001

identifiant \_\_\_\_\_

raison sociale **D<sup>r</sup> LAM THI XUAN YEN**  
RPPS N° 10100325421  
INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE  
140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE  
Tél. : 01 41 83 58 41 - Fax : 01 41 83 58 28  
N° FINESS ET 930021001

n° structure \_\_\_\_\_  
(AM, FINESS ou SIRET)

date 09/01/2025

signature 