

prescription médicale pour grand appareillage

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

VOLET 1 à conserver par l'assuré(e)

partie a compléter par l'assuré(e)
personne bénéficlaire de l'appareillage (la ligne "nom et prénom" est pbligatoirement remplie par le médecin)
nom et prénom Mone Cité ALH Christine
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation nom et nº du centre de paiement ou de la section mutualiste fopur les salaries) ou nom et nº de l'organisme conventionné (pour les non salaries) ou nom et de l'organisme conventionné (pour les non salaries)
date de naissance 29 12 15 83
adresse
• assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage hest 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 préscripteur (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 : out 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
<u>_</u>
prothèse oculaire et maxillo-faciale podo-orthèses appareil atypique sur devis cart. R. 165-25 du Code sécurité sociale)
onature de l'appareil
définitif provisoire renouvellement réparation
descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)
Un paire de chaussures onthopédires sur mesures et sommenages. Clarge A som un rassant
Assemblyes. Clarke A pour un raceount
7 lan + Sendly compense?
identification du prescripteur et de la structur é dans laquelle il exerce
nomet prénom OFANAOISTAPITAL de l'Est Francillen
Site de MEAUX
A de l'Est Francation de adresse SERVICE DE
Grand HOP TO ANTHOPEDIE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
Service VOR PHOLINOT ET TRAUMATOLOGIQUE
identifiant Doctour Pauline n° structure UF; 1750
date 0.6 1.1.70.74 signature

NUMECTEZ ICI

prescription médicale pour grand appareillage

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

VOLET 3 destiné à l'organisme d'assurance maladie (service médical)

partie à compléter r	our Passuréte
partie a compacter	711 1 district e (c

uméro d'immatriculation	i du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)		
		,	nom et nº du centre de paiement ou de la sectio mutualiste (pour les salariés) ou nom et nº l'organisme conventionné (pour les non salarié
te de naissance			
resse			
s suré(e) (à remplir si la perso m et prénom	onne qui bénéficie de l'appareillage nest p	pas l'assuré(c))	
•	i du nom d'usage (fucultatif et s'il y a lieu)	n	
méro d'immatriculation			
n cas d'hospitalisation e	n cours		
ite d'entrée	service :		
la prescription fait-elle s	uite à un accident causé par un t	tiers ?	
ui date	nor	n 🗀	and the second of the second o
	nautic confidentially advanta	. A III. Committee do in	Clarin annual
	partie confidentielle réservée iquer ci-dessous les éléments mé		
Lacran	ssent à	garche	Fla
	identification du prescripteur	r et de la structure dans	laquelle il exerce
om et prénom	Grand Hôpital de l'Est Service d'ORTHOL Docteur Pauline LE RPPS 1010135	Francisco TO PEDIE DINUTS 1558 CHIRU n° structure	DICAL GE LESC FFANGIII Site de MEAUX SERVICE DE URGIE ORTHOPEDIQUE FRAUMATOLOGIQUE
om et prénom	Grand Hôpital de l'Est Service d'ORTHO	Francisco TO PEDIE DINOTS 1558 CHIRL ET	PICAL GE LESC FFANGIII Site de MEAUX SERVICE DE JRGIE ORTHOPEDIOUE

S 3135 b

HUMECTEZ ICI