

n° 12042*02

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 Mme LIGALA Christine

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

numéro d'immatriculation

date de naissance 29.12.1983

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)

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)

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesures et semelles. Classe A pour un raccourci ≥ 2 cm + semelle compensée

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Dr LÉONOT

Grand Hôpital de l'Est Francilien

Service d'ORTHOPÉDIE

Docteur Pauline LÉONOT

RPPS: 10101351558

identifiant

date 10.01.2024 signature

adresse

Site de MEAUX

SERVICE DE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

ET TRAUMATOLOGIQUE

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) UF : 1750

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 ☐ 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**

Troubles trophiques - suite à accident
Raccourcissement à gauche 7 cm

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Grand Hôpital de l'Est Francilien
Service d'ORTHOPEDIE
Docteur Pauline LEDINOT
RPPS 10101351558

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

Site de MEAUX

SERVICE DE

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE

UF : 1750

identifiant

date

signature