

92000 NANTERRE

N° FINESS : 920000577

BULLETIN DE SITUATION

PATIENT

N° de dossier : 424008029**Nom / Prénom** : NAGGAZ/MIMOUN**Nom Naissance**: NAGGAZ**Né(e) le** : 01/12/1958 à M'HAYA NORD**Adresse** :35 RUE JULES MICHELET
92700 COLOMBES**Tél** : 0174639162**Télécom** : 0174639162**Port** :**Entré(e) le** : 29/11/2024 à 14h32**Présent(e) le** : 03/12/2024

ENTREE DOMICILE

ASSURÉ

N°Matricule SS : 1581299383006 09**Nom / Prénom** : NAGGAZ/MIMOUN**Organisme** : CPAM DES HAUTS DE SEINE

01 921 000 0

Sécurité sociale 113 AV DES 3 FONTANOTS

92000 NANTERRE

Organisme : CPAM DES HTES SEINE CMUC

N°

Complémentaire 113 RUE DES TROIS FONTANOTS

92026 NANTERRE CEDEX

Fait à : NANTERRE

Le : 03/12/2024



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)

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 **NAGGA Z Mimoun**

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

numéro d'immatriculation **1581219938310061091**

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 **01/12/1958**

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, sur montés classe B - cuir souple, attès épaisse - -

identification du prescripteur (à compléter par le prescripteur, à compléter par l'assuré(e) si le prescripteur n'est pas le médecin)

nom et prénom

Dr Boual

HÔPITAL MAXIMILIEU
Cheffe de Service Docteur Karim LAGHAR
Service de Diabétologie-Endocrinologie
403 avenue de la République
92000 NANTERRE
Fax : 01.47.69.63.91
N° Finess : 92000577

identifiant

date **03/12/2024** 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. 162-14 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.

S 3135 b

UCANSS - Édition 02/2016 - Barterim

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**

Diabétique avec neuropathie -
ballus ⊕ Calvus ⊕ gauche -
Troubles volumiques supérieurs
Déformation des articulations

identification du prescripteur : nom, prénom et adresse dans laquelle il exerce

nom et prénom

HÔPITAL MAX FOURCROTIER
Chef de Service Docteur Karim LACHGAR
Service de Diabétologie-Endocrinologie
403 avenue de la République
92000 NANTERRE
Fax : 01.47.69.63.91
N° Finess : 92000577

identifiant

date

signature