

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 BARBEREUX BARBEREUX RENAUD

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

numéro d'immatriculation 1 8 5 0 4 9 3 0 1 0 0 7 8

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 1 7 0 4 1 9 8 5

adresse 75 r des ardennes
93290 TREMBLAY EN FRANCE

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 : PSL CRMR NEUROMUSCULAIRE MR CR-066X904

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 [X] soins en rapport avec une ALD : oui [ ] non [ ] soins dispensés au titre d'une pension militaire (art. L.212-1) 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 [X] 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 [X] réparation [ ]

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

Chaussures orthopédiques

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom BENEDICTE CHASSANDE
CHU CLITIE SAINT-ETIENNE - CHARLES FOIX
47-83, Bd de l'Hôpital - 75013 PARIS CEDEX 13
Bureau de Radiologie Neuro-musculaire
Unité de Radiologie Neuro-musculaire
Tél : 01 42 16 37 93 Fax : 01 42 16 37 93
Dr B. CHASSANDE N° RPPS : 10000558105

raison sociale PSL CRMR NEUROMUSCULAIRE MR CR-066X904

adresse 47-83 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris

identifiant 1 0 0 0 0 5 5 8 1 0 5

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 1 2 5

date 1 0 1 0 2 0 2 4 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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.