



# prescription médicale pour grand appareillage

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

n° 12042\*02

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

VOLET 1

à conserver par l'assuré(e)

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

numéro d'immatriculation 11521121762171012178

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 05/12/1952

adresse 12 rue de la Trillemière 41200 ROMORANTIN

### ● 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.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  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 montage avec compensation d'inégalité de la jambe.

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

nom et prénom	raison sociale
Dr G. DUBOIS DE MONT MARIN CHRU Tours - Trousseau 02.47.47.87.15 RPPS: 10100954337	adresse
identifiant	n° structure <small>(AM, FINESS ou SIRET)</small>

date 24/03/2025 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. 14-17-1 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.



# prescription médicale pour grand appareillage

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

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

n° 12042\*02

VOLET 2

destiné à l'organisme d'assurance maladie

(service administratif)

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

numéro d'immatriculation 115R121762AA-DAZ176

date de naissance 05/12/1952

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 12 rue de la Trullonnière 41200 ROMORANTIN

### ● 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.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  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)

*prothèse de hanche*

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

nom et prénom **Dr G. DUBOIS DE MONT MARIN**  
CHRU Tours - Trousseau  
02.47.47.87.15  
RPPS: 10100954337

raison sociale  
adresse  
n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

identifiant

date 06/03/2015 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.

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 \_\_\_\_\_  
 date de naissance \_\_\_\_\_  
 adresse \_\_\_\_\_

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)

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

- patient de 72 ans.  
 - ATCN : - AVC  
 - Encéphalite à anti CASPR2.  
 - rinite titi-cob l'hand G -> ingrat  
 inégalité de la queue.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom	raison sociale
Dr G. DUBOIS DE MONT MARIN CHRU Tours - Trousseau 02.47.47.87.15 RPPS: 10100954337	adresse
identifiant	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date \_\_\_\_\_ 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.