



# 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

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

numéro d'immatriculation **166117501218367**  
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 **23/11/1966**

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 chaussure orthopédique sur mesure et les orthèses en première mise suite amputation de tous les orteils gauche.

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

nom et prénom <b>Nels Laure-Denis</b>	raison sociale
<b>DR NELS LAURE-DENIS CHIEF - Site de Meaux Diabétologie Endocrinologie HTA APPS N° 10101217742</b>	adresse
identifiant	n° structure <small>(AM, FINESS ou SIRET)</small>

date **19/09/2016** 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. 114-14 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.



# 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)

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 YVES GERAUD  
*(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*  
numéro d'immatriculation 1601178013183171  
*(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 22/11/1906

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**

*Diabète-pne avec amputation.*

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

nom et prénom Dr Laura Otilia raison sociale  
adresse  
identifiant Dr NETES Laura-Otilia n° structure  
GHEF - Site de Meaux (AM, FINISS ou SIRET)  
Diabétologie Endocrinologie HTA  
RPPS N° 10101217742  
date 2022 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. 162-1-14 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

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

UCANS - Barfien