

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 SYLLA NAIMONA

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

numéro d'immatriculation

273209923500124

date de naissance

24/12/1973

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)**

mise de chaussures orthopédiques sur moines et sur mollets entres à une amputation des articulations

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison

Dr NETES Laura-Otilia
GMEF - Site de Meaux
Diabétologie Endocrinologie HTA
RPPS N° 10101217742

identifiant

n° structure

(AM, FINES ou SIRET)

date

19/12/2024

signature

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 ☐ datenon ☐

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**Diabétiques
Amputation ostéale

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

identifiant

date

signature

Dr NETES Laura-Otilia
GHEF - Site de Meaux
Diabétologie Endocrinologie HTA
RPPS N° 10101217742
structure
(AM, FINESS ou SIRET)