

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 VAUDATIN Isabelle

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

numéro d'immatriculation 26 11 2 78 114 002 14

date de naissance 03/12/1961

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)

Une paire de chausures orthopédiques en cuir avec malles

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom Docteur Isabelle DUCASSE

profession sociale Angiologue conventionnée

adresse Secteur 1 - sur RDV

Mosaïque Santé

1, rue du Professeur Philippe Maupas

41260 La Chaussée Saint Victor

identifiant 41 1 101 458 2 n° structure RPPS 1000 2043288

(AM, FINESS ou SIRET)

date 12/11/2024 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

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 ☐ 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**

Troubles volumétriques

Pédine

Purillon plantaire -

Troubles statique plantaire -

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Isabelle DUCASSE

Angiologue conventionnée

Secteur 1 - sur RDV

Mosaïque Santé

1, rue du Professeur Philippe Maupas

41260 La Chaussée Saint Victor

41 1 101 458 9° structure

RPPS 1000 2043268 (INESS ou SIRET)

identifiant

date

signature