

## 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 BAZILIQUE FRANCOISE RIT

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

numéro d'immatriculation 256 11 75 112 2 65 24

date de naissance 17 11 1956

adresse 47, rue Colette 11860 Quincy-voisins

## • 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 et, 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 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)

Chaussures Thérapeutiques à faire SUR MESURE ET SUR MOULAGE :  
DEUX PAIRES

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

nom et prénom

LAPORTE Cédric  
Docteur Cédric LAPORTE  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Conventionné Honoraires Libres  
Clinique Saint Faron  
Rue Charles de Gaulle  
77100 Mareuil les Meaux  
77 1 05581 1

raison sociale

adresse 1143 R CHARLES DE GAULLE 77100 MAREUIL  
LES MEAUX

n° structure

7 7 1 0 5 5 8 1 1

date 04 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 BAZILIQUE FRANCOISE RIT

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

numéro d'immatriculation 256117511226524

numéro 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 17/11/1956

adresse

47, rue Colette 77860 Quincy-Voisins

## • 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 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 ☐ nonaccident 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)

Chaussures Thérapeutiques à faire SUR MESURE ET SUR MOULAGE ;  
DEUX PAIRES

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

nom et prénom Docteur Cédric LAPORTE  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Conventionné Honoraires Libres  
Clinique Saint Faron  
Rue Charles de Gaulle  
77100 Mareuil les Méaux  
771055811

raison sociale

adresse 1143 R CHARLES DE GAULLE 77100 MAREUIL  
LES MEAUXn° structure  
(CINQUANTE CINQ) 7 7 1 0 5 5 8 1 1

identifiant

date 0 4 1 2 2 0 2 4

signature

## 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)

VOLET 3  
destiné à l'organisme  
d'assurance maladie  
(service médical)

## 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 **BASILIQUE FRANCOISE RIT**

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

numéro d'immatriculation **256 11 75 112 265 24**

(numéro et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou numéro et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés))

date de naissance **17 11 1956**

adresse **47, rue Colette 77860 Quincy-Soisins**

- **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)) **Idem**

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**

Avant pieds rhumatoïdes opérés  
ALD

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

nom et prénom **LAPORTE Cedric**

raison sociale

**Docteur Cédric LAPORTE**  
**Chirurgie Orthopédique et Traumatologique**  
Conventionné Honoraires Libres  
- **Clinique Saint Faron**  
**Rue Charles de Gaulle**  
**77100 Mareuil les Meaux**  
**=> 77 1 05581 1**

adresse **1143 R CHARLES DE GAULLE 77100 MAREUIL LES MEAUX**

n° structure  
(CM, PMSI ou SIRET) **7 7 1 0 5 5 8 1 1**

date **0 4 1 2 2 0 2 4**

signature

(Qui copie se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration et 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'information, 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.