

● **personne bénéficiaire de l'appareillage**

nom et prénom : **BUREAU CHANTAL**

(nom de famille (de naissance), s'il y a lieu) : **22/07/1956**

numéro d'immatriculation : **68**

date de naissance : **F**

adresse : **IEP : 613327918**

H : 1837 M : 1837 LE 20/12/2024

IPP : 302035333

assuré(e) : _____

remplie par le médecin

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 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)**

Chaussures orthopédiques sur mesures et sur mesure -

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom : **Netes Laura-Ortiz**

profession : **Diabétologue Endocrinologue HTA**

identifiant : _____

n° structure (AM, FINESS ou SIRET) : _____

date : **23/01/2025**

signature : _____

Dr NETES Laura-Ortiz
GHEF - Site de Meauville
Diabétologie Endocrinologie HTA
RPPS N° 10101217742

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines pécuniaires, 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.

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

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage)

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

22/07/1956
68
F

BUREAU
CHANTAL
NN : DOUCET
IEP : 613327918



H : 1837 M : 1837 LE 20/12/2024
IPP : 302035333

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 l'assuré(e) est différent de la personne bénéficiaire)

nom et prénom

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage)

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

Diabétique
Bilanose lymphatique
Troubles électrolytiques

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

Notes Laura - Orléans

Dr NETES Laura-Orléans
GHEF - Site de Meaux
Diabétologie Endocrinologie HTA
APPS N° 10101217742

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET)

22/07/2025

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.