



# 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

(nom de famille (de naissance), suivi du n

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

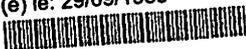
IPP : 000044642531 Sexe : M

Nom nais.: KAMICHE

Nom: KAMICHE

Prén: MOHAMED ABDELBASSET

Né(e) le: 29/09/1989



H 424006497

UF : 3653

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 q

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)

1<sup>er</sup> mise de chaussures orthopédiques sur mesure et sur moulages - modification amputée du pied droit avec réalisation plateaux -

identification du prescripteur (à inscrire dans la structure dans laquelle il exerce)

nom et prénom

**HÔPITAL MAX FOURNIER**  
Région sociale  
Chef de Service Docteur Karim LACHGAR  
Service de Diabétologie-Endocrinologie  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE

identifiant

Fax : 01.47.69.63.91

n° structure (AM, FINESS ou SIRET)

date

8/10/2019

signature

partie à compléter

• **personne bénéficiaire de l'appareillage** (à compléter si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))  
 nom et prénom : **IPP : 000044642531 Sexe : M**  
 (nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))  
 nom et prénom : **Nom nais.: KAMICHE**  
 numéro d'immatriculation : **Nom: KAMICHE**  
 date de naissance : **Prén: MOHAMED ABDELBASSET**  
 adresse : **Né(e) le: 29/09/1989**

(à compléter 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)

H 424006497 UF : 3653

• **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 type avec neuropathie  
 Rétinopathie  
 Pieds neuropathiques*

identification du prescripteur et de la section ou du centre de paiement dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

**HÔPITAL MAX FOURCROTIER**  
 Chef de Service Docteur Karim LACHGAR  
 Service de Diabétologie - Endocrinologie  
 403 avenue de la République  
 92000 NANTERRE  
 Fax : 01.47.89.63.91  
 N° Finess : 92000577

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.

И. ПИССА : 85000211  
Fax : 01 41 88 93 31  
35000 МАЙТЕВМЕ  
403 924016 05 18 88910106  
Service de Dispositifs et d'Innovation  
Chef de Service Docteur. KAMITACHOU  
НОБИЛГ МАХ БОЛБЕГИЕВ

*[Handwritten signatures and scribbles]*

*[Faint, mostly illegible text and markings at the bottom of the page]*