



n°12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

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 **DIVIN Don dieu**

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

Numéro d'immatriculation **168098400714853**Date de naissance **20/09/1968**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 **2 ALLEE THERESE COUDERC
91250 TIGERY**

• 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 **13/02/2025** 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

**Hémiplégie droite a prédominance brachiale suite a infarctus sylvien gauche depuis 2021
Pied varus équin droit**

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI**RPPS 10107961145****SSR Neuro-Ortho MPR****2, Rue Guy Moquet - 91400 Orsay**

identifiant 10107961145

Tel. 01 82 72 45 86 / Fax 01 82 72 45 87raison sociale **Maison de l'Yvette**adresse **2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY**n° structure **910800986**
(AM, FINESS ou SIRET)date **13/02/2025**

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 06 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

S 3135 b

RUMECTEZ ICI



n°12042*02

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

Volet 1

A 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 **DIVIN Don dieu**

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

Numéro d'immatriculation **168098400714853**Date de naissance **20/09/1968**

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 **2 ALLEE THERESE COUDERC
91250 TIGERY**

• 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 **13/02/2025** 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'appareillage

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 sur moulage pour pied varus équin spastique

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

identifiant 10107961145

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Ortho MPR
2, Rue Guy Moquet - 91400 Orsay
Tél. 01 82 72 45 88 / Fax 01 82 72 45 87raison sociale Maison de l'Yvette
adresse **2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY**n° structure 910800986
(AM, FINESS ou SIRET)

date 13/02/2025

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 06 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

S 3135 b