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

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)

date de naissance

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 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

Trouble statique
Pieu volgers et hollux volgers

identification du prescripteur et de la section ou du centre où il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

Dr. V. ARRIGHI
RPPS 10005194021
raison Hôpital Bicêtre
78 rue du Général LECLERC
94270 LE KREMLIN BICETRE
FINISS 940100043
Polyclinique Adultes
Bâtiment F Barré-Sinoussi
Secteur Orange - Porte 38/39
Consultations - 01 45 21 73 00
Secrétariat 01 45 21 74.22/21 Fax/23

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 LACHHAB Nabila

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

numéro d'immatriculation

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)

date de naissance

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 chaussures thérapeutiques sur mesure sur moulage des pieds

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom RPPS 10005194021 Hôpital Bicêtre 78 rue du Général LECLERC 94270 LE KREMLIN BICETRE FINISS 940100043 Policlinique Adultes Bâtiment F Barrès-Sinoussi Secteur Orange - Porte 38/39 Consultations 01 45 21 73 00 date 02/10/2014 signature Secrétaire 01 45 21 74.22/21 Fax/23