

prescription médicale pour grand appareillage

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

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 **HELGTAINE Hassane**

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

numéro d'immatriculation

167107512012796

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

19101967

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 chaussure orthopédique
sur mesures sur moulages.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom **Docteur Sarah HAMD****Praticien Hospitalier****Consultation****Chirurgie vasculaire et thoracique****RPPS 1010022995 - FINESS 93 0 02148 0**

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

23/01/2025

signature

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

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

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

- **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 2
Amputation transmeta droite
Déformation avant pied gauche

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Sarah HAMD
Praticien Hospitalier
Consultation

Chirurgie vasculaire et thoracique
RPPS 1010022995 - FINESS 93 0 02148 0

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

signature