

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* ROUYER  
GERALD  
*numéro d'immatriculation* NN ROUYER  
date de naissance IEP : 613023248 23/11/1966 M  
adresse H : 2544 M : 2544 LE : 27/06/2024  
IPP : 1006562919 57 ans

*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 perso

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**

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
Grand Hôpital de l'Est Francilien  
Site de Marne-la-Vallée  
Dr Nariman  
Endocrinologie  
RPPS

raison sociale  
adresse  
n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

identifiant  
date 27/06/2024 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.



# prescription médicale pour grand appareillage

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

**VOLET 2**  
destiné à l'organisme  
d'assurance maladie  
(service administratif)

n° 12042\*02

**● personne bénéficiaire de l'aide**

nom et prénom  
*(nom de famille (de naissance), suivi du*

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

**ROUYER**  
**GERALD**  
**NN ROUYER**

IEP : 613023248      23/11/1966    M

H : 2544    M : 2544    LE : 27/06/2024

IPP : 1006562919      57 ans

(c) \_\_\_\_\_  
ent 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)**

*pièce mise de chausure ortho  
sur amputation ligamentaire  
en Nov 2024 sur matériel*

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
**DR NATHAN BERNARD**  
Site de Marolles-les-Bains  
Grand Hôpital de l'Est Francilien

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure  
(AM, FINESS ou SIRET)

date *27/06/2024*      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.

n° 12042\*02

**personne bénéficiaire**

nom et prénom  
*(nom de famille (de naissance), s*  
numéro d'immatriculation  
date de naissance  
adresse

**assuré(e)**  
*toirement 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)

ROUYER  
GERALD  
NN ROUYER  
IEP : 613023248 23/11/1966 M  
H : 2544 M : 2544 LE : 27/06/2024  
IPP : 1006562919 57 ans

**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)**

1ère mise de chaussure ortho  
sur amputation gauche  
en nov 2024 sur mallage

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
raison sociale  
adresse  
n° structure (AM, FINES ou SIRET)

identifiant

Grand Hôpital de l'Est Francilien  
Dr. Harimarie ANE  
Endocrinologie - Diabétologie  
RPPS : 1010780030  
RPPS : 1010780030

date 27/06/2024 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.