



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 **SEPIETER Dominique marie (née SEPIETER)**

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

Numéro d'immatriculation **258025935046750**

Date de naissance **21/02/1958**

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 CHEMIN DU REMPART  
91460 MARCOUSSIS**

• **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 **19/12/2024** 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**

SPG4 (paraparésie spastique) sévère suivi à Pitié Salpêtrière  
pieds creux varus bilatérales  
déficit des releveurs  
recurvatum important du genou gauche

chaussures sur mesure pour amélioration de son schéma de marche

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom  
**DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA**

identifiant **10107961145**

raison sociale **Maison de l'Yvette**  
adresse **2, rue Guy Moquet  
91400 ORSAY**

n° structure **910800986**  
(AM, FINESS ou SIRET)

date **13/02/2025**

**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 87

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende 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

La loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux  
formulaires. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant

HUMECTEZ ICI

réponses faites sur ce



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 **SEPIETER Dominique marie (née SEPIETER)**

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

Numéro d'immatriculation **258025935046750**

Date de naissance **21/02/1958**

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 CHEMIN DU REMPART  
91460 MARCOUSSIS**

• **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 **19/12/2024** 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 deux pieds creux varus avec griffe des orteils

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  
2, Rue Guy Moquet 91400 ORSAY  
T. 01 82 72 45 86 / Fax 01 82 72 45 87

raison 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