

Docteur CAROLE ARLES

IEM Les Babissous
Saint Mayme
12850 ONET LE CHATEAU
N° RPPS : 10002910429
N° ADELI : 121014062

ZAO MESTARI
30/11/2009

Le 12/05/2026

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

1/ RADIOGRAPHIE DU BASSIN DE FACE

Surveillance orthopédique , subluxation des 2 hanches

2 / TELERACHIS

Surveillance scoliose

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES).



Docteur CAROLE ARLES

IEM Les Babissous
Saint Mayme
12850 ONET LE CHATEAU
N° RPPS : 10002910429
N° ADELI : 121014062

ZAO MESTARI

30/11/2009

:

Le 21/05/2026

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

KETODERM gel sachet :

1 application tous les 10 jours à renouveler 2 fois à répartir sur l'ensemble du corps , laisser en place pendant 5 minutes, bien rincer et sécher

Prescription SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES).



prescription médicale pour grand appareillage

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

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

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

ZAO MESTARI

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

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.212-1) 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 d'orthèses sus-jalonneuses avec maintien

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Carole ARLES

Médecin Généraliste

IEM Les Babissous - St Mayme

12850 ONET LE CHATEAU - Tél. 05 65 67 06 08

RPPS 10002910429 - 120781083

identifiant

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

date

21/05/2026

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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.

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

adresse

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.212-1) 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 d'orthèses sur opédicules avec maintien

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Carole ARLES

Médecin Généraliste

IEM Les Babissous - St Mayme

12350 ONET LE CHATEAU - Tél. 05 65 67 06 08

RPPS 10002910429 - 120781083

raison sociale

adresse

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

identifiant

date

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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.

S 3135 b

prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)
(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

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

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

Encephalopathie Épileptogène
hypotonie Axiale sévère et hypertonie
périphérique - Equinisme Bilatéral avec
déformations sévères des pieds.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

Docteur Carole ARLES
Médecin Généraliste
IEM Les Babissous - St Mayme
12850 ORNET LE CHATEAU - Tél. 05 65 67 06 08
RPPS 10002910429 - 120781083

raison sociale

adresse

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date

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 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.

S 3135 b

HUMECTEZ IC!