



# 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)

n° 12042\*02

## 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 PAVEC BURKE BURKE JESSICA

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

numéro d'immatriculation | 2 | 7 | 0 | 0 | 6 | 9 | 9 | 1 | 3 | 6 | 0 | 3 | 9 | | 5 | 6 |

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 | 2 | 4 | 0 | 6 | 1 | 9 | 7 | 0 |

adresse 3 ROUTE DE GALLUIS  
78490 MERE

- **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 : ABC CHIR ORTHO TRAUMA

- **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**

oui  date | | | | | | | | | | non

## partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Neuropathie diabétique.  
Greffe rein pancréas.  
Amputation 4e rayon, Résection osseuse 5e rayon pied gauche.

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

LEVANTE STÉPHANE

**Docteur Stéphane LEVANTE**

Chirurgien Orthopédiste

Hôpital Antoine Béclère

157, rue de la Porte de Trivaux

92140 CLAMART - Tél. 60 10 55 70 00

identifiant

1 0 0 0 0 6 2 6 0 1 5 5 7 0 0 3 8

raison sociale

HOPITAL ANTOINE BECLERE

adresse

157, rue de la porte de Trivaux  
92140 CLAMART

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 2 1

date

0 4 1 1 2 0 2 4

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

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

numéro d'immatriculation | 2 | 7 | 0 | 0 | 6 | 9 | 9 | 1 | 3 | 6 | 0 | 3 | 9 | | 5 | 6 |

date de naissance | 2 | 4 | 0 | 6 | 1 | 9 | 7 | 0 |

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 **3 ROUTE DE GALLUIS**  
**78490 MERE**

**● 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 : **ABC CHIR ORTHO TRAUMA**

**● 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 de chaussures sur mesure, basses.  
 Première mise.

**identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom <b>LEVANTE STÉPHANE</b>	raison sociale <b>HOPITAL ANTOINE BECLERE</b>
<b>Docteur Stéphane LEVANTE</b> Chirurgien Orthopédiste Hôpital Antoine Béclère 157, rue de la Porte de Trivaux	adresse 157, rue de la porte de Trivaux 92140 CLAMART
identifiant   1   0   0   92140 CLAMART   151   00   45   37   49   38	n° structure <small>(AM, FINESS ou SIRET)</small>   8   2   0   1   0   0   0   2   1
date   0   4   1   1   2   0   2   4	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 PAVEC BURKE BURKE JESSICA

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

numéro d'immatriculation 2 7 0 0 6 9 9 1 3 6 0 3 9 5 6

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 2 4 0 6 1 9 7 0

adresse 3 ROUTE DE GALLUIS  
78490 MERE

● **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 : ABC CHIR ORTHO TRAUMA

● **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 de chaussures sur mesure, basses.  
Première mise.

**identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**

nom et prénom **Docteur Stéphane LEVANTE**  
STÉPHANE LEVANTE **Chirurgien Orthopédiste**  
**Hôpital Antoine Béclerc**  
**157, rue de la Porte de Trivaux**  
**92140 CLAMART - Tél. : 01 45 37 49 38**

raison sociale HOPITAL ANTOINE BECLERE  
adresse 157, rue de la porte de Trivaux  
92140 CLAMART

identifiant 1 0 0 0 0 6 2 6 0 5 0

n° structure (AM, PNESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 2 1

date 0 4 1 1 2 0 2 4 signature