



# prescription médicale pour grand appareillage

n° 12042\*02

(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 COUTINHO FERREIRA COUTINHO FERREIRA AGOSTINHO

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

numéro d'immatriculation | 1 | 6 | 4 | 0 | 8 | 9 | 9 | 1 | 3 | 9 | 3 | 7 | 1 | | 1 | 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)

date de naissance | 2 | 6 | 0 | 8 | 1 | 9 | 6 | 4 |

adresse 8 RUE VALERIE  
78250 MEULAN EN YVELINES

- **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 : AVC UMA (UNIT MED AMBU)

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

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

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

pieds diabétique grade 3 post amputation trans métatarsienne pieds gauche suite à une dermohypodermite nécrosante extensive  
actuellement complètement cicatrisé .

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

nom et prénom

EL FEKIH Zouhour

raison sociale

HOPITAL AVICENNE

adresse

125, rue de Stalingrad  
93000 BOBIGNY

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 3 0 1 0 0 0 3 7

date | 0 | 7 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 4 |

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

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 COUTINHO FERREIRA COUTINHO FERREIRA AGOSTINHO
numéro d'immatriculation 164089913937110
date de naissance 26081964

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 8 RUE VALERIE
78250 MEULAN EN YVELINES

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
numéro d'immatriculation

en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service : AVC UMA (UNIT MED AMBU)

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

nature de l'appareil

définitif provisoire renouvellement réparation

descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

chaussures orthopédiques sur moulage et sur mesure ,

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom Zouhour EL FEKIH
raison sociale HOPITAL AVICENNE
adresse 125, rue de Stalingrad 93000 BOBIGNY
n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 1930100037

date 07112024 signature SIGNÉ ELECTRONIQUEMENT

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

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.