



prescription médicale pour grand appareillage

VOLET 3
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service médical)

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)

partie à compléter par l'assuré(e)

o **personne bénéficiaire de l'appareillage** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom MAHAMOUD MAHAMOUD SAID

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

numéro d'immatriculation | 1 | 7 | 8 | 0 | 7 | 9 | 8 | 5 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | | 9 | 5 |

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 | 0 | 8 | 0 | 7 | 1 | 9 | 7 | 8 |

adresse 2 allée du Jura
94550 CHEVILLY LARUE

o **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

o **en cas d'hospitalisation en cours**

date d'entrée | | | | | service : BCT ENDOCRINOLOGIE ADULT

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

oui date | | | | | non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Amputation du premier et deuxième rayon du pied droit avec déformation du pied ne permettant pas un chaussage de série chez un patient diabétique à risque podologique

Docteur BOURGEON
(Pied diabétique)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
BOURGEON MURIEL

Hôpital Bicêtre
Policlinique Adultes
Bâtiment F. Barré-Sinoussi
Secteur Orange - Porte 39
Consultations : 01 45 21 73 00
Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 24
Fax : 01 45 21 73 24

raison sociale
HOPITAL DE BICETRE

adresse
78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant 1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

n° structure
(AM, FINESSE ou SIRET) 9 4 0 1 0 0 0 4 3

date 0 6 0 3 2 0 2 5

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.



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)

n° 12042*02

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 MAHAMOUD MAHAMOUD SAID

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

numéro d'immatriculation 1 7 8 0 7 9 8 5 1 4 0 0 1 9 5

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 0 8 0 7 1 9 7 8

adresse 2 allée du Jura
94550 CHEVILLY LARUE

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 : BCT ENDOCRINOLOGIE ADULT

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

Docteur BOURGEON MURIEL
(Pied droit)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
MURIEL BOURGEON

Hôpital Bicêtre
Policlinique Adultes
Bâtiment F. Barré-Sinoussi
Secteur Orange - Porte 39
Consultations : 01 45 21 73 00
Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 22
Fax : 01 45 21 73 24

raison sociale
HOPITAL DE BICETRE

adresse
78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant 1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

n° structure
(AM, FINISS ou SIRET) 9 4 0 1 0 0 0 4 3

date 0 6 0 3 2 0 2 5

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