cerfa

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)
(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 HIEU GONCALVES HIEU GONCALVES MARGOT
(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 0 9 1 1 2 0 1 9

adresse 21 GRANDE RUE
91340 OLLAINVILLE

• **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 : NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

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

oui ☐ date non ■

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Tétraparésie avec pieds hypotoniques valgus eversus sur mutation NAA 10

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
LEMOINE MICHEL

identifiant 1 0 0 0 1 6 4 1 5 5 3

raison sociale
NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

adresse
149, rue de Sèvres
75015 PARIS

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 7 5 0 1 0 0 2 0 8

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date 1 5 0 1 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

cerfa

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

numéro d'immatriculation

date de naissance 0 9 1 1 2 0 1 9

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 21 GRANDE RUE
91340 OLLAINVILLE

• **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 : NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

• **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 orthopédiques sur mesures demies montantes avec demis contreforts postétieurs rigides internes et externes, ouverture large basse à lacets avec semelles coques amovibles sur moulage en position de réduction neutre avec soutènements inférieurs des voûtes plantaires pour lutter contre l'effondrement en valgus d'arrière pied, contre-appuis extérieurs anti eversus abductus d'avant-pieds, et enveloppement bimalléolaire en position neutre

Induire le soutènement inférieur des voûtes plantaires internes par un soutènement de bas en haut et surtout pas de dedans en dehors

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
MICHEL LEMOINE

identifiant 1 0 0 0 1 6 4 1 5 5 3

raison sociale
NCK CS REEDUC MPR D0-061X619

adresse
149, rue de Sèvres
75015 PARIS

n° structure *(AM, FINESS ou SIRET)* 7 5 0 1 0 0 2 0 8

date 1 5 0 1 2 0 2 5 signature SIGNE ELECTRONIQUEMENT

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