



# 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 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 **DOUMBOUYA FADIGA DJENABOU**

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

numéro d'immatriculation | 2 | 7 | 0 | 2 | 0 | 9 | 9 | 3 | 3 | 0 | 0 | 4 | 9 | | 7 | 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 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 9 | 7 | 0 |

adresse **16 ALLEE DES MELEZES  
93300 AUBERVILLIERS**

- **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 ENDOCRINOLOGIE**

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

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

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

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

nom et prénom

**BIHAN HELENE**

raison sociale

**HOPITAL AVICENNE**

adresse

**125, rue de Stalingrad  
93000 BOBIGNY**

identifiant

| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 7 | 7 | 7 | 9 | 9 |

n° structure

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

date

| 1 | 3 | 0 | 3 | 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**

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 DOUMBOUYA FADIGA DJENABOU
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation [2 7 0 2 0 9 9 3 3 0 0 4 9 | 7 6]
date de naissance [3 1 1 2 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 16 ALLEE DES MELEZES
93300 AUBERVILLIERS

● 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 ENDOCRINOLOGIE

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

oui [ ] date non [x]

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 [x] soins en rapport avec une ALD : oui [x] 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 [x] appareil atypique sur devis [ ]
(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)

● nature de l'appareil

définitif [x] provisoire [ ] renouvellement [ ] réparation [ ]

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

chaussure orthopédique sur mesure pour pied diabétique post amputation orteils
patiente actuellement totalement cicatrisée

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom HELENE BIHAN
raison sociale HOPITAL AVICENNE
adresse 125, rue de Stalingrad 93000 BOBIGNY
numéro structure (AM, FINESS ou SIRET) [9 3 0 1 0 0 0 3 7]
identifiant [1 0 0 0 1 5 7 7 7 9 9]

date [1 3 0 3 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.