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)

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 **VIOLAMER Serge**

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

Numéro d'immatriculation **171049407802571**

Date de naissance **02/04/1971**

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 02 RUE PAUL GAUGUIN
91600 SAVIGNY SUR ORGE

• **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 15/07/2024 service : O SOINS SUITE READAPT.

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

oui ☐ date non ☐

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

• **le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage**

Grabatisation chez un patient présentant une SPA dans un contexte d'hypersensibilité aux NLP, complications infectieuses, RAU récidivantes, dénutrition avec amaigrissement et sarcopénie, avec développement d'ostéome responsable d'attitudes vicieuses aux Mle (flessum du genou a droite)
Découverte à l'EMG d'une polyneuropathie SM longueur dépendante axonale sévère

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Ortho MPR
2, Rue Guy Moquet 91400 Orsay
Tél. 01 82 72 45 86 / Fax 01 82 72 45 87

identifiant 10107961145

raison sociale Maison de l'Yvette
adresse 2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY

n° structure 910800986
(AM, FINESS ou SIRET)

date 13/02/2025 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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
La loi n°78-17 du 06 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)

Volet 1
A 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 **VIOLAMER Serge**

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

Numéro d'immatriculation **171049407802571**

Date de naissance **02/04/1971**

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 02 RUE PAUL GAUGUIN
91600 SAVIGNY SUR ORGE

• **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 15/07/2024 service : O SOINS SUITE READAPT.

• **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.115)** oui ☐ non ☐

accident du travail ou maladie professionnelle ☐ date **autre** ☐

• **type d'appareillage**

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)**

Chaussures sur moulage pour pied équin prédominant à droite

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Ortho MPR
2, Rue Guy Moquet - 91400 Orsay
Tél. 01 82 72 46 86 / Fax 01 82 72 46 87

identifiant 10107961145

raison sociale Maison de l'Yvette
adresse 2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY

n° structure 910800986
(AM, FINESS ou SIRET)

date 13/02/2025 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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
La loi n°78-17 du 06 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