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

numéro d'immatriculation 1 6 1 0 5 7 5 1 1 1 2 1 0 4

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 1 0 5 1 9 6 1

adresse 03 RUE ARMAND GOURET
94800 VILLEJUIF

- **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 confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Pied de Charcot bilatéral avec déformation majeure asymétrique des pieds, non chaussables en chaussure de série ou en CHUT

Docteur BOURGEON M...
(Pied di...
10001380137
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

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
BOURGEON MURIEL

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

raison sociale
HOPITAL DE BICETRE

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

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

date 3 1 1 0 2 0 2 4 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 KUPIEC KUPIEC DOMINIQUE
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 1 6 1 0 5 7 5 1 1 1 1 2 1 0 4

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 1 0 5 1 9 6 1

adresse 03 RUE ARMAND GOURET
94800 VILLEJUIF

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 montantes avec moulage

Docteur BOURGEON Muriel
(Pied diabétique)
RPPS 10001380137
Hôpital Bicêtre
Policlinique
Secteur Orange - Porte 39
Consultations : 01 45 21 73 00
Secrétariat : 01 45 21 73 23/73 22
Fax : 01 45 21 73 24

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom MURIEL BOURGEON

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

raison sociale HOPITAL DE BICETRE

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

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

date 3 1 1 0 2 0 2 4 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