



prescription médicale pour grand appareillage

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)

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

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 **DAABAK DAABAK NOUREDDINE**

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

numéro d'immatriculation | 7 | 1 | 9 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 9 | 6 | 7 | 6 | 6 | | 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 | 1 | 7 | 0 | 4 | | 1 | 9 | 6 | 2 |

adresse **16 RUE SAINT ELOI
94250 GENTILLY**

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 CS ENDOCRINOLOGIE AD X494**

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 transméatarsienne gauche et amputation 5ème et 4ème droit
Patient diabétique multicompliqué

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. Barro-Sinouss
Secteur Orange - Porte 3
Consultations : 01 45 21 73 00
Secrétariat : 01 45 21 73 00
Fax : 01 45 21 73 00

raison sociale
BCT CS ENDOCRINOLOGIE AD X494

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 | 1 | 3 | 0 | 2 | 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



prescription médicale pour grand appareillage

(articles R. 165-1, R. 165-26 et R. 165-28 du Code de la sécurité sociale)

n° 12042*02

(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)

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

nom et prénom **DAABAK DAABAK NOUREDDINE**

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

numéro d'immatriculation **7 1 9 4 1 0 0 1 9 6 7 6 6 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 **1 7 0 4 1 9 6 2**

adresse **16 RUE SAINT ELOI
94250 GENTILLY**

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 CS ENDOCRINOLOGIE AD X494**

o 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)

o 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

o 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)

o nature de l'appareil

définitif provisoire renouvellement réparation

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

Chaussures sur mesure : une paire

Docteur BOURGEON MURIEL
(Pied diabétique)
RPPS 1001200

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
MURIEL BOURGEON

Clinique 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
BCT CS ENDOCRINOLOGIE AD X494

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, FINESS ou SIRET) **9 4 0 1 0 0 0**

date **1 3 0 2 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.