



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 **COIFFET COIFFET MICHEL**

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

numéro d'immatriculation | 1 | 4 | 7 | 0 | 2 | 7 | 5 | 0 | 2 | 4 | 0 | 6 | 1 | | 1 | 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 | 0 | 0 | 2 | 1 | 9 | 4 | 7 |

adresse **67 RUE PIERRE BROSOLETTTE
92320 CHATILLON**

- **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 : **ABC CHIR ORTHO TRAUMA**

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

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

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Neuropathie périphérique. Antécédents de plaie.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

LEVANTE STÉPHANE

Docteur Stéphane LEVANTE

Chirurgien Orthopédiste

Hôpital Antoine Béclère

157, rue de la Porte de Trivaux

92140 CLAMART - Tél. : 01 45 37 49 38

identifiant

| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 2 | 6 | 0 | 5 | 0 |

raison sociale

HOPITAL ANTOINE BECLERE

adresse

157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) **9 2 0 1 0 0 0 2 1**

date

0 6 0 5 2 0 2 4

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



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 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 **COIFFET COIFFET MICHEL**

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

numéro d'immatriculation **1 4 7 0 2 7 5 0 2 4 0 6 1 1 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 0 0 2 1 9 4 7**

adresse **67 RUE PIERRE BROSOLETT
92320 CHATILLON**

• 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 : **ABC CHIR ORTHO TRAUMA**

• 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. Renouvellement.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
STÉPHANE LEVANTE

Docteur Stéphane LEVANTE
Chirurgien Orthopédiste
Hôpital Antoine Béclère
157, rue de la Porte de Trivaux

identifiant **92140 CLAMART Tél : 01 45 37 49 38**

raison sociale
HOPITAL ANTOINE BECLERE

adresse
157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) **9 2 0 1 0 0 0 2 1**

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date **0 6 0 5 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