

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 2
destiné à l'organisme
d'assurance maladie
(service administratif)

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 FERREIRA ALVES DOS SANTOS ELANE

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 3 0 5 1 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)

adresse 12 rue de la croix l'evêque
77470 TRILPORT

- **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 : LRB MPR

- **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)**

Chaussures orthopédiques sur mesure à tige courte avec semelle sur mesure (coupole interne et barre sous capitale)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

TLILI LEILA

raison sociale

GH LARIBOISIERE FERNAND WIDAL

adresse

2, rue Ambroise Paré
75010 PARIS

identifiant

1 0 1 0 0 6 5 2 0 3 0

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 0 4 2

date

2 1 1 0 2 0 2 4

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

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 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 FERREIRA ALVES DOS SANTOS ELANE

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

numéro d'immatriculation

date de naissance

0 3 0 5 1 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)adresse 12 rue de la croix l'evêque
77470 TRILPORT

-
- 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 : LRB MPR

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

oui ☐ date non ☐

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Déformation des pieds en varus équin et griffe d'orteils à gauche séquellaire d'une poliomyélite antérieure aigue + griffe
d'orteils

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

TLILI LEILA

raison sociale

GH LARIBOISIERE FERNAND WIDAL

adresse

2, rue Ambroise Paré
75010 PARIS

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 0 4 2

identifiant

1 0 1 0 0 6 5 2 0 3 0

SIGNE ÉLECTRONIQUEMENT

date

2 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