



# 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 **WADIOU WADIOU BAKARY**

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

numéro d'immatriculation | 1 | 7 | 5 | 0 | 4 | 9 | 9 | 3 | 3 | 5 | 0 | 4 | 1 | 6 | 5 |

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 | 3 | 0 | 4 | 1 | 9 | 7 | 5 |

adresse **53 RUE DE LA REPUBLIQUE  
93000 BOBIGNY**

### ● 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 : **AVC UMA (UNIT MED AMBU)**

### ● 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 orthopédique sur mesure

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom <b>Zouhour EL FEKIH</b>	raison sociale <b>HOPITAL AVICENNE</b>
identifiant 	adresse <b>125, rue de Stalingrad 93000 BOBIGNY</b>
	n° structure (AM, FINESS ou SIRET)   9   3   0   1   0   0   0   3   7

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date | 2 | 3 | 0 | 1 | 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.



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 WADIOU WADIOU BAKARY

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

numéro d'immatriculation | 1 | 7 | 5 | 0 | 4 | 9 | 9 | 3 | 3 | 5 | 0 | 4 | 1 | 6 | 5 |

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 | 3 | 0 | 4 | 1 | 9 | 7 | 5 |

adresse 53 RUE DE LA REPUBLIQUE  
93000 BOBIGNY

### ● 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 : AVC UMA (UNIT MED AMBU)

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

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

## partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

plaies de pieds diabétique compliqué de neuropathie , amputation hallux droit

grade podologique 3

## identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

EL FEKIH Zouhour

raison sociale

HOPITAL AVICENNE

adresse

125, rue de Stalingrad  
93000 BOBIGNY

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 3 0 1 0 0 0 3 7

date | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 |

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