



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)

n° 12042*02

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 **CHERGUI CHERGUI FATIMA**

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

numéro d'immatriculation | 2 | 8 | 4 | 0 | 4 | 9 | 9 | 3 | 5 | 0 | 5 | 9 | 1 | | 2 | 9 |

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 | 0 | 9 | 0 | 4 | 1 | 9 | 8 | 4 |

adresse **60 AVENUE DE STALINGRAD
93200 ST DENIS**

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 : **BCH ENDO DIAB MET N**

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

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

MAMBU NGUEPNANG MILENE ISMAELLA

raison sociale

HOPITAL BICHAT

adresse

**46, rue Henri Huchard
75018 PARIS**

identifiant

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) **7 5 0 1 0 0 2 3 2**

date | 2 | 1 | 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)

(article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre)

n° 12042*02

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 **CHERGUI CHERGUI FATIMA**

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

numéro d'immatriculation | 2 | 8 | 4 | 0 | 4 | 9 | 9 | 3 | 5 | 0 | 5 | 9 | 1 | | 2 | 9 |

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 | 0 | 9 | 0 | 4 | 1 | 9 | 8 | 4 |

adresse **60 AVENUE DE STALINGRAD
93200 ST DENIS**

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 : **BCH ENDO DIAB MET N**

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 si le 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)

confection de chaussure orthopédique sur mesure

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
MILENE ISMAELLA MAMBU NGUEPNANG

identifiant | | | | | | | | | |

raison sociale
HOPITAL BICHAT

adresse
**46, rue Henri Huchard
75018 PARIS**

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) | 7 | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2 | | | |

date | 2 | 1 | 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