



# 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)

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

nom et prénom **KEMSSEU DJOPME KEMSSEU DJOPME JEAN CLAUDE**

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

numéro d'immatriculation | 1 | 5 | 7 | 0 | 7 | 9 | 9 | 3 | 2 | 2 | 5 | 2 | 0 | | 3 | 3 |

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 | 6 | 0 | 7 | 1 | 9 | 5 | 7 |

adresse **6 PLACE PIERRE BEREGOVY  
78280 GUYANCOURT**

- **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

Pied de Charcot médiopied Droit .  
Diabète.

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

nom et prénom  
**LEVANTE STÉPHANE**

raison sociale  
**HOPITAL ANTOINE BECLERE**

adresse  
157, rue de la porte de Trivaux  
92140 CLAMART

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

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

date | 1 | 6 | 0 | 9 | 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**

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 KEMSSEU DJOPME KEMSSEU DJOPME JEAN CLAUDE

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

numéro d'immatriculation 1 5 7 0 7 9 9 3 2 2 5 2 0 3 3

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 6 0 7 1 9 5 7

adresse 6 PLACE PIERRE BEREGOVY 78280 GUYANCOURT

• 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

• nature de l'appareil

définitif provisoire renouvellement réparation

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

Une paire de chaussures sur mesures. Chaussage montant. Première mise.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Form fields for prescriber identification: nom et prénom STÉPHANE LEVANTE, raison sociale HOPITAL ANTOINE BECLERE, adresse 157, rue de la porte de Trivaux 92140 CLAMART, n° structure 19 2 0 1 0 0 0 2 1

Signature of Docteur Stéphane LEVANTE, Chirurgien Orthopédiste, Hôpital Antoine Béclère, 157 rue de la Porte de Trivaux, 92140 CLAMART

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration... (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal...)

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.