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)

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 **MOREAU Andree (née MOREAU**

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

Numéro d'immatriculation **251027501207121**

Date de naissance **13/02/1951**

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 6 IMPASSE DU 4 SEPTEMBRE
91430 IGNY (ESSONNE)

• **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 20/01/2025 service :

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

oui ☐ date non ☐

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

• **le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage**

Hémiplégie gauche à prédominance brachiale
Pied varus Equin
Injection de toxine faite dans un but fonctionnel MI afin d'améliorer les transferts et de la marche
Hallux valgus

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA identifiant 10107961145	**raison sociale Maison de l'Yvette** **adresse 2, rue Guy Moquet** **91400 ORSAY** **n° structure 910800986** (AM, FINESS ou SIRET)

date 20/01/2025

signature

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Ortho MPR
2, Rue Guy Moquet - 91400 Orsay
Tél. 01 82 72 46 86 / Fax 01 82 72 46 87

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
La loi n°78-17 du 06 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)

Volet 1
A 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 **MOREAU Andree (née MOREAU**

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

Numéro d'immatriculation **251027501207121**

Date de naissance **13/02/1951**

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 6 IMPASSE DU 4 SEPTEMBRE
91430 IGNY (ESSONNE)

• **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 20/01/2025 service :

• **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.115)** oui ☐ non ☐

accident du travail ou maladie professionnelle ☐ date **autre** ☐

• **type d'appareillage**

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)**

Chaussure thérapeutique sur mesure , sur moulage pour pied varus équin, avec trouble de la statique de l'avant pied (hallux valgus)

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
DOCTEUR BOUAZIZ JERIBI SALMA

identifiant 10107961145

raison sociale Maison de l'Yvette
adresse 2, rue Guy Moquet
91400 ORSAY

n° structure 910800986
(AM, FINESS ou SIRET)

Dr Salma BOUAZIZ-JERIBI
RPPS 10107961145
SSR Neuro-Orthop MPR
2, Rue Guy Moquet 91400 Orsay
Tél. 01 82 72 45 96 / Fax 01 82 72 45 97

date 20/01/2025 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, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
La loi n°78-17 du 06 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