

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)

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 SIMONETTO SIMONETTO THIERRY

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

numéro d'immatriculation

1 6 1 0 4 2 8 0 8 8 0 0 9 2 2

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 3 0 4 1 9 6 1

adresse 2 TER RUE BABEUF
94800 VILLEJUIF

● 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 : BCT CS ORTHOPEDIE-010X138

● 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

COURT CHARLES

raison sociale

BCT CS ORTHOPEDIE-010X138

adresse

78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant

1 0 0 0 1 2 6 4 8 0 2

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET) 9 4 0 1 0 0 0 4 3

date

0 6 0 5 2 0 2 4

signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

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.

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 SIMONETTO SIMONETTO THIERRY

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

numéro d'immatriculation

1 6 1 0 4 2 8 0 8 8 0 0 9 2 2

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 3 0 4 1 9 6 1

adresse 2 TER RUE BABEUF
94800 VILLEJUIF

● 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 : BCT CS ORTHOPEDIE-010X138

● 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

10 9 11 0 1 1 9 8 7

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)

Faire réaliser chaussure orthopédique sur mesure

Inégalité de longueur supérieure à 2 cm

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

CHARLES COURT

raison sociale

BCT CS ORTHOPEDIE-010X138

adresse

78, rue du Général Leclerc
94275 LE KREMLIN-BICÊTRE

identifiant

1 0 0 0 1 2 6 4 8 0 2

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

19 4 0 1 0 0 0 4 3

date

0 6 10 15 12 0 2 4

SIGNÉ 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.