

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 ARAB BOUNOU M BARKA

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

numéro d'immatriculation

2 5 7 1 2 9 9 3 8 0 5 1 0 7 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

1 0 1 2 1 9 5 7

adresse 3 RUE PAGES

92150 SURESNES

● 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 : APR ORTHOPEDIE (UF)

● 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

BALAROTTO MATHILDE

raison sociale

HOPITAL AMBROISE PARE

adresse

9, Avenue Charles de Gaulle
92100 BOULOGNE BILLANCOURT

identifiant

Docteur Elie SHITRIT
Chef de clinique
Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Hôpital Ambroise PARE
9 avenue Charles de Gaulle
92104 Boulogne cedex

n° structure

(AAM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 1 3

date

3 0 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.

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 ARAB BOUNOU M BARKA

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

numéro d'immatriculation

2 5 7 1 2 9 9 3 8 0 5 1 0 7 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

1 0 1 2 1 9 5 7

adresse 3 RUE PAGES

92150 SURESNES

● 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 : APR ORTHOPEDIE (UF)

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

oui ☐ datenon ☐

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)

prescription de chaussures thérapeutiques surmesure pour douleurs diffuses après fracture bimalléolaire non opérée chez patiente diabétique et fibromyalgique

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

MATHILDE BALAROTTO

Docteur Elle SHITRIT

Chef de clinique

Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Hôpital Ambroise PARE

9 avenue Charles de Gaulle

92104 Boulogne cedex

identifiant

raison sociale

HOPITAL AMBROISE PARE

adresse

9, Avenue Charles de Gaulle

92100 BOULOGNE BILLANCOURT

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

9 2 0 1 0 0 0 1 3

date

3 0 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.