

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 TRAORE SACKO GNAGALE

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

numéro d'immatriculation 2 6 5 0 5 9 9 3 3 5 0 6 2 1 5

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 2 1 0 5 1 9 6 5

adresse 43 RUE GABRIEL PERI
93310 LE PRE ST GERVAIS

• 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 : AVC ENDOCRINOLOGIE

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

oui [ ] date non [ ]

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

Diabète type 2 grade 3
amputation hallux gauche
orteil en griffe irréductible

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
EL FEKIH Zouhour

raison sociale
HOPITAL AVICENNE

adresse
125, rue de Stalingrad
93000 BOBIGNY

identifiant

n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) 9 3 0 1 0 0 0 3 7

date 0 6 0 3 2 0 2 5 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 **TRAORE SACKO GNAGALE**  
*(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

numéro d'immatriculation **2 6 5 0 5 9 9 3 3 5 0 6 2 1 5**

date de naissance **2 1 0 5 1 9 6 5**

*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 **43 RUE GABRIEL PERI  
93310 LE PRE ST GERVAIS**

● **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 : **AVC ENDOCRINOLOGIE**

● **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   
(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)**

une paire de chaussure orthopédique sur mesure et sur moulage

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

nom et prénom <b>Zouhour EL FEKIH</b>	raison sociale <b>HOPITAL AVICENNE</b>
identifiant	adresse <b>125, rue de Stalingrad 93000 BOBIGNY</b>
	n° structure (AM, FINES ou SIRET) <b>9 3 0 1 0 0 0 3 7</b>

date **0 6 0 3 2 0 2 5** **SIGNE 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.