

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 CHAUVEAU VENTURA Y BOLUDA SYLVIE
(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation 2 6 2 1 2 6 2 0 4 8 0 2 8 2 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 9 1 2 1 9 6 2

adresse 6 RUE FRANCIS DE PRESSENCE
92290 CHATENAY MALABRY

● 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 HDJ MEDECINE (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

Chaussures sur mesure montantes avec Velcros pour troubles de la marche

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
BOURGEON MURIEL
identifiant 1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

raison sociale
HOPITAL ANTOINE BECLERE
adresse
157, rue de la porte de Trivaux
92140 CLAMART
n° structure
(AM, FINESS ou SIRET) 9 2 0 1 0 0 0 2 1

date 1 8 1 2 2 0 2 4 signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

[Signature électronique]

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 CHAUVEAU VENTURA Y BOLUDA SYLVIE
numéro d'immatriculation 2 6 2 1 2 6 2 0 4 8 0 2 8 2 3
date de naissance 0 9 1 2 1 9 6 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)

adresse 6 RUE FRANCIS DE PRESSENCE
92290 CHATENAY MALABRY

assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie de l'appareillage n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
numéro d'immatriculation

en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée service : ABC HDJ MEDECINE (UF)

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)

Chaussures sur mesure montantes avec Velcros

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom MURIEL BOURGEON
raison sociale HOPITAL ANTOINE BECLERE
adresse 157, rue de la porte de Trivaux 92140 CLAMART
n° structure (AM, FINESS ou SIRET) 19 2 0 1 0 0 0 2 1
identifiant 1 0 0 0 1 3 8 0 1 3 7

date 1 8 1 2 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
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.