

Identification du prescripteur  
*(nom, prénom et identifiant)*

Docteur XAVIER BERTHELOT

01 .

CONVENTIONNE

Identification de la structure

*(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)*

10 AVENUE ALBERT 1ER

95600 EAUBONNE

Tél 0134180421

=> 95 1 09302 0 00 1 11 1 01 n°AM

Identification du patient

*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)) (à compléter par le prescripteur)*

CUD FONTAINE AME

*n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))*

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)

(AFFECTION EXONÉRANTE)

.. une paire de chaussures orthopédiques sur mesure ..

Fait le 29/04/2024

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée

(MALADIES INTERCURRENTES)