

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 **GRAVE GRAVE STEPHANE**

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

numéro d'immatriculation | 1 | 6 | 2 | 0 | 2 | 7 | 5 | 1 | 1 | 4 | 2 | 9 | 6 | | 3 | 0 |

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 | 2 | 0 | 2 | 1 | 9 | 6 | 2 |

adresse **02 RUE NADIA MURAT
93140 BONDY**

● **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 UMA (UNIT MED AMBU)**

● **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)**

chaussure orthopédique de décharge sur moulage sur mesure

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 3 7** | | | | | | | | | |

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5 | 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.