

**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 confidentielle réservée à l'information du médecin conseil**

plaie de pieds diabétique , suite à une dermohypodermite nécrosante  
amputation

grade podologique 3

**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

**SIGNE ELECTRONIQUEMENT**

date | 2 | 0 | 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.