

**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 MARTINS PEREIRA MARTINS PEREIRA JOAO MANUEL

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

numéro d'immatriculation | 1 | 5 | 8 | 0 | 9 | 9 | 9 | 1 | 3 | 9 | 1 | 1 | 1 | | 9 | 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 | 0 | 9 | 0 | 9 | 1 | 9 | 5 | 8 |

adresse 105 AVENUE MARECHAL JOFFRE  
93150 LE BLANC MESNIL**● 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 diabétiques cicatrisé, laissant une déformation des pieds  
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.

**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 MARTINS PEREIRA MARTINS PEREIRA JOAO MANUEL

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

numéro d'immatriculation | 1 | 5 | 8 | 0 | 9 | 9 | 9 | 1 | 3 | 9 | 1 | 1 | 1 | | 9 | 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 | 0 | 9 | 0 | 9 | 1 | 9 | 5 | 8 |

adresse 105 AVENUE MARECHAL JOFFRE  
93150 LE BLANC MESNIL● **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 <input type="checkbox"/>	prothèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	
orthèse membre supérieur <input type="checkbox"/>	orthèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	orthèse tronc <input type="checkbox"/>
prothèse oculaire et maxillo-faciale <input type="checkbox"/>	podo-orthèses <input checked="" type="checkbox"/>	appareil atypique sur devis <input type="checkbox"/> (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 sur mesure et sur moulage

**identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce**nom et prénom  
EL FEKIH Zouhourraison sociale  
HOPITAL AVICENNE  
adresse  
125, rue de Stalingrad  
93000 BOBIGNY

identifiant | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

n° structure  
(AM, PINESS ou SIRET) 9 3 0 1 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.