



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

(nom de famille (de naissance), suivi du nom d'usage)

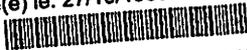
numéro d'immatriculation

date de naissance

adresse

IPP : 000055417312 Sexe : M  
Nom nals.: GUNGARAM  
Nom: GUNGARAM  
Prén: JAYRAZ  
Né(e) le: 27/10/1958

et n° du centre de paiement ou de la section  
"ualiste (pour les salariés) ou nom et n° de  
ganisme conventionné (pour les non salariés)



H 424007503 UF : 3653

● **assuré(e)** (à remplir si la personne qui bénéficie

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 :

● **la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?**

oui  date

non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

● **le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage**

Diabète depuis 30 ans  
Néphropathie.

identification du prescripteur et de la structure médicale à laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

date

signature

**HÔPITAL MAX FOURES**  
Chef de Service Docteur Karim LACHGAR  
Service de Diabétologie-Endocrinologie  
403 avenue de la République  
92000 NANTERRE  
Fax : 01.47.89.63.91  
N° Finess : 92000577