

Identification du prescripteur
(nom, prénom et identifiant)

DOCTEUR LAFOND MICHELE

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

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

54 RUE MAURICE RIPOCHE

75014 PARIS

=> **75 1 55769 5 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)

Mme Salvano Noustrei

Saline

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)

20/11/24

*A faire de chaussures orthopédiques,
sur mesure.*



Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

DUPLICATA