

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION **2470499 355 843 82**

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) **BOUGHAZI**

PRÉNOM **FATMA**

● S'agit-il d'un accident ? OUI NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

● NOM DE NAISSANCE

● Prénom

● Date de naissance

● Lien avec l'assuré(e) Conjoint Enfant Autre membre de la famille Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE du bénéficiaire des soins (dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

■ TYPE D'APPAREIL

	MEMBRE SUPÉRIEUR	MEMBRE INFÉRIEUR	TRONC
PROTHÈSE			
ORTHÈSE			

■ NATURE DE L'APPAREIL définitif provisoire renouvellement réparation

■ DESCRIPTIF PRÉCIS DE LA FOURNITURE (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)

une paire de chaussure orthopédique sur mesure sur moulages

■ PARTICULARITÉS : prescription en rapport avec :

AT/MP DATE ALD ART. 115 AUTRE

Identification du prescripteur
Docteur Pascal GUILLON
Chef de service
Consultation
Chirurgie Orthopédique
RPPS 10001404382 - FINESS 93 0 02148 0

Fait le **23/01/2025**
à
Signature du prescripteur

Cachet à reporter sur chaque volet

(1) Se reporter à l'attestation papier qui accompagne la carte Vitale

cerfa

PRESCRIPTION MÉDICALE POUR GRAND APPAREILLAGE

ASSURANCE

N° 12042*01

Articles R 165-26 à R 165-30 du Code de la Sécurité Sociale

MALADIE

Volet 4 - Organisme d'Assurance Maladie

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

247049935584380

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

BOUGHALL

PRÉNOM

FATMA

S'agit-il d'un accident ?

OUI

DATE

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM DE NAISSANCE

Prénom

Date de naissance

Lien avec l'assuré(e)

Conjoint

Enfant

Autre membre de la famille

Personne vivant mari-talement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins (dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je, soussigné, certifie que le patient désigné ci-dessus, présente :

sequelle rupture tendon tibial postérieur droite

Instabilité des chevilles bilatéral

Pied plat grade 3 des deux pieds

Identification du prescripteur Docteur Pascal GUILLO

Chef de service Consultation

Chirurgie Orthopédique

RPPS 10001404382 - FINESS 93 0 02148 0

Cachet à reporter sur chaque volet

Fait le

à

Signature du prescripteur

23/01/2025

(1) Se reporter à l'attestation papier qui accompagne la carte Vitale

S 3135a

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI