

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 BISSAINT BISSAINT EDOUARD JEAN-MARIE

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

numéro d'immatriculation

1 5 7 0 8 9 7 1 2 4 0 4 7 1 7

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 4 0 8 1 9 5 7

adresse 02 RUE GAY LUSSAC
93130 NOISY LE SEC

- **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 ☐prothèse membre inférieur ☐orthèse membre supérieur ☐orthèse membre inférieur ☐orthèse tronc ☐prothèse oculaire et maxillo-faciale ☐podo-orthèses ☒appareil atypique sur devis ☐

(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)**

chaussures orthopédique sur mesure et sur moulage

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
Zouhour EL FEKIraison sociale
HOPITAL AVICENNEadresse
125, rue de Stalingrad
93000 BOBIGNY

identifiant

n° structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

9 3 0 1 0 0 0 3 7

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date 2 3 0 1 2 0 2 5

signature