

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 confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

pieds diabétique neuropathique, déformations multiples, suite à plusieurs amputations d'orteils

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 3 0 1 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.