

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION 2900999 234 067 36

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

● 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 :

Instabilité de la cheville et douleur suite multiple entorse du pied droit

Identification du prescripteur

Docteur Pascal GUILLON

Chef de service
 Consultation

Chirurgie Orthopédique

RPPS 10001404382 - FINESS 93 0 02148 0

Fait le

13/02/2025

Toulon

Signature du prescripteur

Cachet à reporter sur chaque volet

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI