

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

numéro d'immatriculation **1 4 8 0 5 7 5 1 2 0 1 2 0 8 1**

date de naissance **1 4 0 5 1 9 4 8**

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)

adresse **2 ALLEE GEORGE SAND
93140 BONDY**

● 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 : **PSL CONSULTATION MPR X685**

● 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)

Une paire de chaussures orthopédiques sur mesure, réleveur intégré, des semelles sur mesure.

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom KOSTA VASSILEV	raison sociale PSL CONSULTATION MPR X685
identifiant 1 0 0 0 4 0 3 2 7 1 9	adresse 47-83 Boulevard de l'Hôpital 75013 Paris
	n° structure <small>(AM, FINESS ou SIRET)</small> 7 5 0 1 0 0 1 2 5

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date **1 3 0 3 2 0 2 5** signature