

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 LOUS LOUS LAETITIA

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

numéro d'immatriculation 2 7 7 0 8 2 2 1 1 3 0 3 1 9 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 3 0 8 1 9 7 7

adresse 26 RUE MAGENTA
93500 PANTIN● **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**plaie de pieds diabétique post amputation
déformation du pieds non chaussable
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

date 1 3 0 2 2 0 2 5

signature

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

*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.*