

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 OUAHOUD OUAHOUD AHMED

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

numéro d'immatriculation 1 4 5 1 1 9 9 3 5 4 0 4 4 0 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 2 5 1 1 1 9 4 5

adresse 15 AVENUE WINSTON CHURCHILL
93330 NEUILLY SUR MARNE

● **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 : RTH REED NEURO

● **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)**

CHTM CLASSE B
MONTANTES- EFFET RELEVEUR A G- RELEVER DU BOUT A G - LEGERE- CAPITONNEE

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom
LOISEAU KARINE

raison sociale
HOPITAL ROTHSCHILD
adresse
5, rue Santerre
75012 PARIS

identifiant 1 0 0 0 3 1 3 6 7 8 4

n° structure
(AM, FINISS ou SIRET) 7 5 0 1 0 0 0 8 3

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date 2 6 0 2 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.