

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 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 <input type="checkbox"/>	prothèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	
orthèse membre supérieur <input type="checkbox"/>	orthèse membre inférieur <input type="checkbox"/>	orthèse tronc <input type="checkbox"/>
prothèse oculaire et maxillo-faciale <input type="checkbox"/>	podo-orthèses <input checked="" type="checkbox"/>	appareil atypique sur devis <input type="checkbox"/> <i>(art. R. 165-25 du Code sécurité sociale)</i>

● nature de l'appareildéfinitif provisoire renouvellement réparation **● descriptif précis de l'appareil (matériaux, segments, moyens de jonctions, etc)**

chaussures sur mesure sur moulage

pour pieds diabétique grade 3
post amputation**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 <i>(AM, FINESS ou SIRET)</i> 9 3 0 1 0 0 0 3 7

SIGNE ELECTRONIQUEMENT

date 2 6 0 9 2 0 2 4

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.*