

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 non

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

pieds de Charcot , chronique compliqué de dermo hypodermite du pieds
amputation du GO pieds droit
plaie ciactrisée

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
n° structure 9 3 0 1 0 0 0 3 7
identifiant

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

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.