

CADRE RÉSERVÉ A L'ASSURÉ(E) (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION

256067710822768

NOM DE NAISSANCE (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

BOUTOUBA

PRÉNOM

Zahra

S'agit-il d'un accident ?

OUI DATE

NON

SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)

NOM DE NAISSANCE

Prénom

Date de naissance

Lien avec l'assuré(e)

Conjoint

Enfant

Autre membre de la famille

Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

ADRESSE ACTUELLE

du bénéficiaire des soins (dom., établ. de soins)

EN CAS D'HOSPITALISATION EN COURS :

DATE D'ENTRÉE

SERVICE

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

(articles L 377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 150 du Code Pénal)

Signature de l'assuré(e)

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je, soussigné, certifie que le patient désigné ci-dessus, présente :

plaie multiple du pied gauche
Bord latéral et amputation hallux

Identification du prescripteur

Docteur Sarah HAMD
Praticien Hospitalier

Consultation

Chirurgie vasculaire et thoracique
RPPS 1010022995 - FINESS 93 0 02148 0

Fait le

21/08/0

Signature du prescripteur

Docteur Sarah HAMD
Praticien Hospitalier

Consultation

Chirurgie vasculaire et thoracique
RPPS 1010022995 - FINESS 93 0 02148 0

Cachet à reporter sur chaque volet

HUMECTEZ ICI

HUMECTEZ ICI