

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 CRUAUD Yves

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

numéro d'immatriculation 1561069383104 11

date de naissance 10/10/1956

nom et n° de centre de paiement ou de la section
mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de
l'organisme conventionné (pour les non salariés)

adresse 25 RUE DES RENAUTES

75017 PARIS 17

● assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom CRUAUD Yves

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

numéro d'immatriculation 1 56 10 69 383 104 11

● en cas d'hospitalisation en cours

date d'entrée

service :

● la prescription fait-elle suite à un accident causé par un tiers ?

oui ☐ datenon ☒

partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil

● le prescripteur doit indiquer ci-dessous les éléments médicaux justifiant la prise en charge de l'appareillage

Nausées, paresthésie aux
éléments articulaires des deux pieds

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom

D^r LAM Thi Xuan Yen

RPPS N° 10100325421

INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE
140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE
Tél. : 01 41 83 58 41 - Fax : 01 41 83 58 28
N° FINESS ET 930021001

identifiant

raison sociale

D^r LAM Thi Xuan Yen

RPPS N° 10100325421

adresse

INSTITUT DE READAPTATION DE ROMAINVILLE
140 RUE PAUL DE KOCK - 93230 ROMAINVILLE
Tél. : 01 41 83 58 41 - Fax : 01 41 83 58 28
N° FINESS ET 930021001

n° structure

(AM, FINESS ou SIRET)

date 09/01/2025

signature