

Identification du prescripteur  
*(nom, prénom et identifiant)*  
**Docteur DOMINIQUE GRASLAND**  
01.  
  
CONVENTIONNE

Identification de la structure  
*(raison sociale du cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)*  
**2 RUE DES ECOLES**  
**95320 SAINT LEU LA FORET**  
Tél 01 39 60 28 49  
=> **95 1 09670 0 00 1 11 1 01 n°AM**

Identification du patient  
*(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) (à compléter par le prescripteur)  
n° d'immatriculation (à compléter par l'assuré(e))*  
**Adam LEPRETIER Benoit**

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

le 14.12.2027  
Adal d'un pain de Raussens  
orthopédiques

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)