



13, rue des prêtres  
62138 VIOLAINES  
Tél : 06.24.63.72.55  
www.afterhope.fr

CE DOCUMENT EST A NOUS TRANSMETTRE PAR EMAIL ACCOMPAGNE DE VOTRE ORDONNANCE AINSI QUE DU NOM DE VOTRE MUTUELLE ET N° AMC A : [contact@afterhope.fr](mailto:contact@afterhope.fr) et [commande@orthonov.com](mailto:commande@orthonov.com)

### BON DE COMMANDE

Mme  M.

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse postale : .....

.....

Adresse de livraison (si différente de l'adresse ci-dessus) : .....

.....

Téléphone\* : .....

Email : .....

N° de sécurité Sociale\* : .....

Nom de la mutuelle\* : ..... N° AMC\* : .....

Si vous n'avez pas de contrat mutuelle, vous devez contacter la société orthonov au 01.60.13.65.73 afin de régler par carte bancaire la part mutuelle.

Date d'intervention : .....

### BULLETIN DE CONVENANCE

Suite à la prescription du Dr : .....

Je soussigné(e) : .....

Atteste avoir été informé(e) du libre choix de prestataire (pharmacie, magasin spécialisé...) pour la fourniture des dispositifs prescrits.

Ayant le libre choix du prestataire :

1. Je choisis que la prescription médicale me soit remise pour acheter l'attelle, orthèse par mes propres moyens chez le fournisseur de mon choix
2. Je choisis de me faire équiper par la société ORTHONOV située au 3 rue de Villebon – 91160 Saulx les chartreux

Date :

Signature :

\*information obligatoire