

N° chambre :	Tél.:	Tél.:
Dossier médical N°:	Adresse :	Adresse:
Code F.M.S.A.R	Nom de la clinique :	Nom de la clinique :

Dossier de prise en c

(3 Feuillets à adresser à la compa

			ettres)	n charge (en	Montant pris en charge (en lettres)			
alade	Part du malade				Le Le	Fait à	Cachet réception	Signature et cachet de l'Assureur
harge	Total estimé de la prise en charge				ion	Total de l'estimation		*
***************************************		***************************************		***************************************	Matériels ostéo-synthèse (sang, plasma)	Matériels ostéo-sy		Réserves
	anni i i i i i i i i i i i i i i i i i i					Pharmacie		☐ Défavorable / Motif
				nitures	Fournit			Favorable / Accord du
	***************************************	***************************************		•		Dialyses	,	Avis technique du médecin conseil
(A)	Printerior (1711) (Control of the Control of the Co	пинентини	114444448999999999999999999999999999999	***************************************		Lithotripsie (3)		
					5. EEG. Fibro. Colono)	Autres (anapathe, ECG, EEG, Fibro, Colono)		Sinistre N°
	Hillians and the state of the s					Biologie		Pácoryá à l'accurant
	***************************************				d. IRM. scanner. écho)	Radiologie (standard. IRM. scanner, écho)	dont certificat médical confidentiel obligatoire	Nbre de pièce(s) jointe(s)
				(Détaillés)	Examens (É			_
	***************************************	111111111111111111111111111111111111111			cale ⁽²⁾	Surveillance médicale (2)		En urgence le
					mation	Surveillance réanimation		Date d'hospitalisation
		***************************************		***************************************	Bloc opératoire / salle d'accouchement	Bloc opératoire / s		Motif d'hospitalisation (actes):
				***************************************	(4)	Anesthésie		Médecin traitant :
				***************************************		Actes chirurgicaux		Service d'hospitalisation :
***************************************				***************************************		Actes médicaux		N° C.I.N ou autres (à préciser) :
						Consultations	ique ou polyclinique	A remplir par la clinique ou polyclinique
				iS	Actes		E	Date de naissance
		Total H.T	P.U	Cotation	Nature des prestations	Nature de		Lien de parenté :
			***************************************		Couveuse		***************************************	Malade Nom & prénom(s):
eromonius (ilpan manorius mandillummanius madalus kadaniis ka	esperitus de la companya de la comp	4 *************************************		***************************************	Réanimation (1)	Duree probable		Assuré(e) Nom & prénom(s) :
	***************************************	r étrationessessessessessessessessessessessessess		***************************************	Soins intensifs (1)		***************************************	
					Séjour normal		N° d'adhésio	cacier ac improjent
Montant pris en charge	Base de Taux de remboursement	Total H.T	P.U	Nombre de jours	Frais de séjour	Frais	N de police	Identité :
ssureur	Estimation de l'Assureur	nique	par la clir	pitalisation par la clinique	Estimation du coût de l'hosp	Estimation		A remplir par l'employeur
								-

Vice at rachet de la clinique ----

Immortant