



40, avenue de Bobigny 93131 Noisy-le-Sec

DEMANDE D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE

Hospitalisation : Médicale ☐ Chirurgicale ☐

Hôpital ou clinique conventionné : Oui ☐ Non ☐

Nom de l'établissement :

Adresse :

Téléphone : FAX :

Nom de l'assuré : Prénom :

Numéro du contrat : N° de Sécurité Sociale :/...../...../...../...../...../.....

Nom du bénéficiaire : Prénom :

Date de naissance:/...../..... Lien de parenté avec l'assuré :

Numéro du dossier : DMT : Date d'entrée :/...../.....

Durée prévue de l'hospitalisation : Nature du service :