

ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE POUR
ETABLISSEMENT OU FOURNISSEUR CONVENTIONNE

Agence :
Centre de Paiement :

Nom et prénoms de l'Assuré :

n° d'immatriculation

DEMANDE DE L'ETABLISSEMENT (1)

L'établissement ou le fournisseur :

raison sociale :

convention n° du , demande l'accord de la Caisse pour :

l'hospitalisation l'appareillage les soins (2)

concernant : M
(nom et prénoms)

Assuré Conjoint Enfant Ascendant Autre à préciser) (2).....

• HOSPITALISATION (2)

en chirurgie médecine maternité chirurgie cardio-vasculaire cancérologie autre : (3).....

à compter du pour séjour initial pour une durée de :
 prolongation

actes prévus :

• APPAREILLAGE

désignation :

référence :

• SOINS

hémodialyse : nombre de séances du au

rééducation fonctionnelle : séjour à compter du au nombre de séances

Cure spécialisée : séjour à compter du pour une durée de jours

Cure thermique : séjour à compter du : pour une durée de 21 jours a l'hôtel

Fait à , le
Signature,

ACCORD DE LA CAISSE

La Caisse s'engage à régler à l'établissement ci-dessus désigné le montant de sa participation aux frais de séjour, de soins, fournitures et accessoires tels que désignés ci-après :

soit : DA au taux de %

Fait à , le
le DIRECTEUR,

Tous autres frais supplémentaires sont à la charge de l'assuré.

(1) Lorsque la demande concerne un acte ou traitement ne pouvant être pris en charge qu'après accord préalable de la Caisse, elle doit être accompagnée d'une demande d'entente préalable établie par le médecin traitant.

(2) Mettre une croix dans la case correspondante.

(3) Préciser la pathologie dont il s'agit.