

Établissement hospitalier

Nom de l'établissement	Code de l'établissement	Service	N° dossier médical
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et heure de l'hospitalisation	Date et heure de sortie présumées	Hospitalisation à domicile	Nombre de jours présumés
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Code affection ayant donné lieu à hospitalisation	Date de demande PC*	Date de délivrance PC*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Code affection additionnel (s'il y a lieu)	Prise en charge valable du	au	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Patient

Nom et prénom du patient	Situation du patient (cocher la case)
<input type="text"/>	Assuré <input type="checkbox"/> Ayant droit <input type="checkbox"/>
Date de naissance (JJ / MM / AAAA)	Numéro d'immatriculation du patient
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)	Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Praticien

Nom et prénom du praticien traitant	Code du praticien	N° de téléphone (le cas échéant)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médecin contrôleur

Nom et prénom du médecin contrôleur	Matricule CNAMGS	Date du contrôle	Signature et cachet du médecin contrôleur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Accord PC*	Motif rejet demande PC* (s'il y a lieu)		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		

Conditions de prise en charge

Maladie	Ticket modérateur	Plein <input type="checkbox"/>	Maternité	Hospitalisation liée à la grossesse	Oui <input type="checkbox"/>	Accouchement	Oui <input type="checkbox"/>
		Plein (ALD) <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
		Exonéré <input type="checkbox"/>					

Engagement

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale s'engage à payer les soins de santé de l'assuré précité dans les conditions mentionnées ci-dessus.

La présente prise en charge pourra être prorogée, le cas échéant, sur demande signée du médecin traitant, indiquant la durée prévisible de la prolongation des soins.

Cette prise en charge n'est valable que si la qualité d'assuré est confirmée lors des contrôles effectués par la Caisse.

En cas de fraude, la responsabilité de la Caisse n'est pas engagée.

Nom et prénom du responsable habilité à signer la prise en charge	Matricule CNAMGS	Cachet et signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Demande de prise en charge

Établissement hospitalier

Nom de l'établissement	Code de l'établissement	Service	N° dossier médical
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Étage	N° chambre
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et heure de l'hospitalisation	Date et heure de sortie présumées	Hospitalisation à domicile	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Code affection ayant donné lieu à hospitalisation		Date de demande PC*	<input type="text"/>
<input type="text"/>			
Code affection additionnel (s'il y a lieu)	<input type="text"/>		
<input type="text"/>			

Patient

Nom et prénom du patient		Situation du patient (cocher la case)
<input type="text"/>		Assuré <input type="checkbox"/> Ayant droit <input type="checkbox"/>
Date de naissance (JJ / MM / AAAA)	Numéro d'immatriculation du patient	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)	Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Praticien

Nom et prénom du praticien traitant	Code du praticien	N° de téléphone (le cas échéant)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

Certificat médical

Je soussigné, Docteur , estime que l'état de santé du malade désigné ci-dessus, nécessite une hospitalisation

Date, signature at cachet du médecin traitant

Cachet de l'établissement

* PC : « prise en charge »

Demande de prolongation de séjour hospitalier

Établissement hospitalier

Nom de l'établissement	Code de l'établissement	Service	N° dossier médical
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de la prise en charge initiale	<input type="text"/>		
Date et heure de l'hospitalisation	Date et heure de sortie présumées	Hospitalisation à domicile	Nombre de jours présumés
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Code affection ayant donné lieu à hospitalisation	<input type="text"/>	Date de demande PC*	<input type="text"/>
Code affection additionnel (s'il y a lieu)	<input type="text"/>		

Patient

Nom et prénom du patient	<input type="text"/>		Situation du patient (cocher la case)
			Assuré <input type="checkbox"/> Ayant droit <input type="checkbox"/>
Date de naissance (JJ / MM / AAAA)	Numéro d'immatriculation du patient		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nom et prénom de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)	Numéro d'immatriculation de l'assuré (si le patient n'est pas l'assuré)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Praticien

Nom et prénom du praticien traitant	Code du praticien	N° de téléphone (le cas échéant)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		

Certificat médical

Je soussigné, Docteur , estime que l'état de santé du malade désigné ci-dessus, nécessite une prolongation de séjour hospitalier

Motif de la demande

Date, signature at cachet du médecin traitant

Cachet de l'établissement