

Date de réception CNAMGS

## Établissement

Nom de l'établissement (ou du praticien s'il y a lieu)	Code de l'établissement	Service
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et heure d'hospitalisation	Date et heure de sortie	Nombre de jours(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code affection ayant donné lieu à hospitalisation		Hospitalisation à domicile Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Code affection additionnel (s'il y a lieu)		Date de PC* ou AP** <input type="text"/>
		Date visite contrôle <input type="text"/>
		Nom du contrôleur <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"/>
	Issue du patient
	Domicile <input type="checkbox"/>
	Transfert <input type="checkbox"/>
	Décédé <input type="checkbox"/>

## Praticien

Nom et prénom du praticien traitant	Code du praticien	Statut du praticien
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Généraliste <input type="checkbox"/>
Nom du spécialiste (s'il y a lieu)	Code du spécialiste (s'il y a lieu)	Spécialiste <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autre <input type="checkbox"/>

## Conditions de prise en charge

Ticket modérateur	Plein <input type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Soins liés à la grossesse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date présumée de début de grossesse	<input type="text"/>
	Plein (ALD) <input type="checkbox"/>	Si oui, date de l'accident	<input type="text"/>			Date présumée de l'accouchement	<input type="text"/>
	Exonéré <input type="checkbox"/>						

## Prestations

	Nature de la prestation	Désignation de l'acte	Nombre lettres clé ou quantité	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Ticket modérateur	Montant à payer CNAMGS
1	Consultations ou visite généraliste					
2	Consultations ou visite spécialiste					
3	Actes chirurgicaux					
4	Actes d'anesthésie					
5	Location bloc					
6	Maternité					
7	Analyses biologiques					
8	Examens d'imagerie					
9	Autres examens spécialisés					
10	Actes paramédicaux					
11	Pharmacie					
12	Produits sanguins labiles					
13	Autres prestations					
14	Autres prestations					
15	Hébergement					
					<b>Total</b>	

Tous les comptes rendus d'actes ou de prestations, les factures détaillées ainsi que les copies des prise(s) en charge et accord(s) préalable(s) doivent être joints au présent bordereau lors de la demande de paiement

Signature et cachet du gestionnaire (obligatoire)

Signature de l'assuré ou de l'ayant droit (obligatoire, sauf en cas de décès)

Date de réception CNAMGS

## Établissement

Nom de l'établissement (ou du praticien s'il y a lieu)	Code de l'établissement	Service
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et heure d'hospitalisation	Date et heure de sortie	Nombre de jours(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code affection ayant donné lieu à hospitalisation		Hospitalisation à domicile Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Code affection additionnel (s'il y a lieu)		Date de PC* ou AP** <input type="text"/>
		Date visite contrôle <input type="text"/>
		Nom du contrôleur <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"/>
	Issue du patient
	Domicile <input type="checkbox"/>
	Transfert <input type="checkbox"/>
	Décédé <input type="checkbox"/>

## Praticien

Nom et prénom du praticien traitant	Code du praticien	Statut du praticien
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Généraliste <input type="checkbox"/>
Nom du spécialiste (s'il y a lieu)	Code du spécialiste (s'il y a lieu)	Spécialiste <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autre <input type="checkbox"/>

## Conditions de prise en charge

Ticket modérateur	Plein <input type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Soins liés à la grossesse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date présumée de début de grossesse	<input type="text"/>
	Plein (ALD) <input type="checkbox"/>	Si oui, date de l'accident	<input type="text"/>			Date présumée de l'accouchement	<input type="text"/>
	Exonéré <input type="checkbox"/>						

## Prestations

	Nature de la prestation	Désignation de l'acte	Nombre lettres clé ou quantité	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Ticket modérateur	Montant à payer CNAMGS
1	Consultations ou visite généraliste					
2	Consultations ou visite spécialiste					
3	Actes chirurgicaux					
4	Actes d'anesthésie					
5	Location bloc					
6	Maternité					
7	Analyses biologiques					
8	Examens d'imagerie					
9	Autres examens spécialisés					
10	Actes paramédicaux					
11	Pharmacie					
12	Produits sanguins labiles					
13	Autres prestations					
14	Autres prestations					
15	Hébergement					
					<b>Total</b>	

Tous les comptes rendus d'actes ou de prestations, les factures détaillées ainsi que les copies des prise(s) en charge et accord(s) préalable(s) doivent être joints au présent bordereau lors de la demande de paiement

Signature et cachet du gestionnaire (obligatoire)

Signature de l'assuré ou de l'ayant droit (obligatoire, sauf en cas de décès)

Date de réception CNAMGS

## Établissement

Nom de l'établissement (ou du praticien s'il y a lieu)	Code de l'établissement	Service
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et heure d'hospitalisation	Date et heure de sortie	Nombre de jours(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code affection ayant donné lieu à hospitalisation		Hospitalisation à domicile
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Code affection additionnel (s'il y a lieu)	Date de PC* ou AP**	Date visite contrôle
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du contrôleur		<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"/>
Issue du patient	
Domicile <input type="checkbox"/>	
Transfert <input type="checkbox"/>	
Décédé <input type="checkbox"/>	

## Praticien

Nom et prénom du praticien traitant	Code du praticien	Statut du praticien
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Généraliste <input type="checkbox"/>
Nom du spécialiste (s'il y a lieu)	Code du spécialiste (s'il y a lieu)	Spécialiste <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Autre <input type="checkbox"/>

## Conditions de prise en charge

Ticket modérateur	Plein <input type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Soins liés à la grossesse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date présumée de début de grossesse	<input type="text"/>
	Plein (ALD) <input type="checkbox"/>	Si oui, date de l'accident	<input type="text"/>			Date présumée de l'accouchement	<input type="text"/>
	Exonéré <input type="checkbox"/>						

## Prestations

	Nature de la prestation	Désignation de l'acte	Nombre lettres clé ou quantité	Forfait déplacement (s'il y a lieu)	Ticket modérateur	Montant à payer CNAMGS
1	Consultations ou visite généraliste					
2	Consultations ou visite spécialiste					
3	Actes chirurgicaux					
4	Actes d'anesthésie					
5	Location bloc					
6	Maternité					
7	Analyses biologiques					
8	Examens d'imagerie					
9	Autres examens spécialisés					
10	Actes paramédicaux					
11	Pharmacie					
12	Produits sanguins labiles					
13	Autres prestations					
14	Autres prestations					
15	Hébergement					
	<b>Total</b>					

Tous les comptes rendus d'actes ou de prestations, les factures détaillées ainsi que les copies des prise(s) en charge et accord(s) préalable(s) doivent être joints au présent bordereau lors de la demande de paiement

Signature et cachet du gestionnaire (obligatoire)

Signature de l'assuré ou de l'ayant droit (obligatoire, sauf en cas de décès)