



DECLARATION

POUR INTERVENTION DES FRAIS

NOM ET PRENOM de la personne soignée

ADRESSE

N° TELEPHONE /

N° NATIONAL (A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)

COMPTE FINANCIER / /

OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

- A) INTERVENTION CHIRURGICALE OUI / NON (*)
- B) HOPITALISATION OUI / NON (*) DU AU
- C) MALADIE GRAVE OUI / NON (*) (*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

A COMPLETER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT

A) LIEU DE L'ACCIDENT

B) DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT

C) COMMENT L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT ?

.....
.....

D) NOMS, PRENOMS ET ADRESSES DES TEMOINS.

.....
.....

E) SI L'ACCIDENT EST IMPUTABLE A LA FAUTE D'UN TIERS ? NOM, PRENOM, ADRESSE ET N° DE POLICE DU TIERS.

.....

F) Y A-T-IL EU CONSTAT PAR UNE AUTORITE VERBALISANTE ? SI OUI, MENTIONNER LAQUELLE.

.....

Certifié sincère et véritable.

Fait à

le

Signature



CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) (1)

déclare que (2)

est en traitement depuis le (3)

pour (4)

Hospitalisation du au

doit être opéré(e) / a été opéré(e) (*) le

Codification I.N.A.M.I.:

Fait à le

Signature et cachet du médecin

.....

(1) Nom, prénom et adresse du médecin.

(2) Nom, prénom et adresse du patient.

(3) Date à laquelle l'affection a été constatée la première fois.

(4) Indication de la nature de l'affection.