

Nom clinique :

Chambre n° :

Code F.M.S.A.R. :

Dossier médical n° :

**A remplir par l'employeur**

Identité & Cachet de l'employeur

N° de police

Assuré Nom & Prénom

N° d'affiliation

Malade Nom & Prénom

Lien de parenté

Date de naissance

**Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique**

Frais de séjour

Séjour normal

Soins intensifs <sup>(1)</sup>

Réanimation <sup>(2)</sup>

Couveuse

Durée probable

Nbre jours

P.U.

Total H.T.

**Prise en charge de l'assureur**

Base de remboursement

Taux de remboursement

Montant pris en charge

**A remplir par la clinique**

Nom & Prénom du malade

N° C.I.N. ou autres (à préciser)

Service d'hospitalisation

Médecin traitant

Motif d'hospitalisation (actes)

Date d'hospitalisation

En urgence le ou prévue le

Nbre de pièces jointes

Dont certificat médical confidentiel obligatoire

**Nature des prestations**

Actes	Cotation	P.U.	Total
Consultations			
Actes médicaux			
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale <sup>(2)</sup>			
<b>Examens (détaillés)</b>			
Radiologie (Standard, irm, scanner, écho ...)			
Radiologie			
Autres (anapathe, E.C.G., E.E.G., fibro, colono ...)			
Lithotripsie <sup>(2)</sup>			
Dialyses			
<b>Fournitures</b>			
Pharmacie			
Matériels ostéo-synthèse Sang, plasma ...			
<b>Total de l'estimation</b>			

**Réservé à l'assureur**

Avis technique du médecin conseil <sup>(1)</sup>

Sinistre n°

Favorable / accord du :

Défavorable / motif

Réserves

Signature et cachet de l'assureur

Cachet réception

**Part du malade**

(1) Pour les cliniques disposant de ces unités  
(2) A détailler dans le pli confidentiel

**Important :** En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation.  
En cas d'urgence, ce devis doit être présenté à l'assureur dans les 24 heures suivant l'admission du patient.  
Une fois signé par l'assureur, ce devis est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature, passé ce délai, il devient caduc.



**réinventons /**  
l'assurance et l'épargne

**Dossier de prise en charge**  
(3 feuillets à adresser à la Compagnie)

Nom clinique :  
Chambre n° :

Code F.M.S.A.R. :  
Dossier médical n° :

**A remplir par l'employeur**

Identité & Cachet de l'employeur	N° de police
Assuré Nom & Prénom	N° d'affiliation
Malade Nom & Prénom	Lien de parenté
Date de naissance	

**A remplir par la clinique**

Nom & Prénom du malade

N° C.I.N. ou autres (à préciser)

Service d'hospitalisation

Medecin traitant

Motif d'hospitalisation (actes)

Date d'hospitalisation

En urgence le ou prévue le

Nbre de pièces jointes  Dont certificat médical confidentiel obligatoire

**Réservé à l'assureur**

Avis technique du médecin conseil <sup>(1)</sup> Sinistre n°

Favorable / accord du :

Défavorable / motif

Réserves

Signature et cachet de l'assureur

Cachet réception

**Important :** En cas d'hospitalisation programmée, ce dossier doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation. En cas d'urgence, ce dossier doit être présenté à l'assureur dès que possible et au plus tard 30 jours suivant la date de sa signature, passé ce délai, il devient caduc. Une fois signé par l'assureur, ce dossier est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature, passé ce délai, il devient caduc.

**Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique**

Frais de séjour	Nbre jours	P.U.	Total H.T.
Séjour normal			
Soins intensifs <sup>(1)</sup>			
Réanimation <sup>(1)</sup>			
Couverture			

**Prise en charge de l'assureur**

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

**Nature des prestations**

Actes	Cotation	P.U.	Total, €
Consultations			
Actes médicaux			
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale <sup>(2)</sup>			
<b>Examens (détails)</b>			
Radiologie (Standard, irm, scanner, écho...)			
Radiologie			
Autres (anapathie, E.C.G., E.E.G., fibro, colono...)			
Lithotripsie <sup>(3)</sup>			
Dialyses			
<b>Fournitures</b>			
Pharmacie			
Matériels ostéo-synthèse			
Sang, plasma ...			
<b>Total de l'estimation</b>			

Total estimé de la prise en charge	Part du malade

(1) Pour les cliniques disposant de ces unités  
(2) A détailler dans le pli confidentiel



**réinventons**  
l'assurance et l'épargne

**Dossier de prise en charge**  
(3 feuillets à adresser à la Compagnie)

Nom clinique :  
Chambre n° :

Code F.M.S.A.R. :  
Dossier médical n° :

**A remplir par l'employeur**

Identité & Cachet de l'employeur	N° de police
Assuré Nom & Prénom	N° d'affiliation
Malade Nom & Prénom	Lien de parenté
Date de naissance	

**A remplir par la clinique**

Nom & Prénom du malade

N° C.I.N. ou autres (à préciser)

Service d'hospitalisation

Médecin traitant

Motif d'hospitalisation (actes)

Date d'hospitalisation

En urgence le ou prévue le

Nbre de piéces jointes

Dont certificat médical confidentiel obligatoire

**Réservé à l'assureur**

Avis technique du médecin conseil (1)

Favorable / accord du :

Défavorable / motif

Réserves

Sinistre n°

Signature et cachet de l'assureur

Cachet réception

**Estimation du coût de l'hospitalisation par la clinique**

Frais de séjour	Nbre jours	P.U.	Total H.T.
Séjour normal			
Soins intensifs (1)			
Réanimation (2)			
Couveuse			

**Prise en charge de l'assureur**

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant pris en charge

**Nature des prestations**

Actes	Cotation	P.U.	Total
Consultations			
Actes médicaux			
Actes chirurgicaux			
Anesthésie			
Bloc opératoire / salle d'accouchement			
Surveillance réanimation			
Surveillance médicale (2)			
<b>Examens (détailés)</b>			
Radiologie (Standard, irm, scanner, écho...)			
Radiologie			
Autres (amapathie, E.C.G., E.E.G., fibro, colono...)			
Lithotripsie (3)			
Dialyses			
<b>Fournitures</b>			
Pharmacie			
Matériels ostéo-synthèse			
Sang, plasma ...			
<b>Total de l'estimation</b>			

**Total estimé de la prise en charge**

<b>Part du malade</b>		

Important : En cas d'hospitalisation programmée, ce dossier doit être présenté à l'assureur au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation. En cas d'urgence, ce dossier doit être présenté à l'assureur dans les 24 heures suivant l'admission du patient. Une fois signé par l'assureur, ce dossier est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature, passé ce délai, il devient caduc.

(1) Pour les cliniques disposant de 254 unités  
(2) à détailler dans le pt confidentiel