

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Assuré N° d'immatriculation	<input type="text"/>	Entreprise
Nom & Prénom :
Bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné
estime que l'état de santé de M
.....
nécessite (1) :
un acte côté à la nomenclature
«préciser coefficient»
une hospitalisation médicale de
à «approximatif»
«Préciser l'établissement hospitalier»
.....
une cure thermale à
«Préciser la station et la durée»

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA CAISSE

SA DECISION

.....
.....
.....
.....

RABATTRE ET COLLER SUR CETTE PARTIE LE PIED DE LA FEUILLE

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

RENSEIGNEMENT SUR LA NATURE DE L'AFFECTION (à fournir au médecin - conseil de la Caisse)

.....
.....
.....

CACHET DATE ET
SIGNATURE DU
PRATICIEN

(1) Rayer les mentions inutiles.

Papier spécial - Bande à coller

Papier spécial - Bande à coller