



Demande de prise en charge (*)
Conventions Internationales de Sécurité Sociale - Soins de santé

Direction de la Stratégie

Direction Régionale

Réf : 459-1-37

N° de code à barre: Traçabilité	Nom de l'établissement de soins	Accord du médecin contrôleur de la CNSS
N° de Prise en charge sur Application	Code Etablissement :..... N°Chambre:.....	

A remplir par l'établissement	Estimation du coût de l'hospitalisation par l'établissement	Nom du médecin contrôleur
--------------------------------------	--	---

<u>Assuré :</u> N° d'immatriculation CE ⁽⁴⁾ : Nom et Prénom:..... N° CIN : Adresse : Pays d'affiliation.....	Frais de séjour		Nbrs Jours	P.U	Total H.T	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant de prise en charge
	Durée prévisible	Séjour Normal Soins Intensifs ⁽¹⁾ Réanimation ⁽¹⁾ Couveuse						
Nature de Prestation	Code des actes	Lettre clé et cotation NGAP	Valeur clé	Montant				
Bénéficiaire des soins : Nom et Prénom:..... N° CIN : Date de Naissance	Actes médicaux							
Sexe : Féminin Masculin	Actes chirurgicaux							
Lien de parenté : Assuré Principal Enfant Conjoint	Actes paramédicaux							
	Actes d'odontologie							
	Kinésithérapie							
	Anesthésie							
	Bloc opératoire/Salle d'accouchement							
	Surveillance Réanimation							
	Surveillance médicale ⁽²⁾							
	Examens							
	Biologie							
	Radiologie et imagerie médicale							
	Autres (anatomopathologie ECG,EEG,Endoscopie...)							
	Fournitures							
	Pharmacie							
	Appareils et dispositifs médicaux							
	Sang et dérivés							
	Total Estimation ⁽³⁾							
						Total :		
						Prise en charge accordée par le médecin contrôleur (en chiffres).....		
						(En toutes lettres).....		
						Total Estimation ⁽³⁾		

Signature et cachet de l'établissement de soins	(*) La prise en charge par la CNSS est sous réserve de tous les contrôles prévus par la législation en vigueur (1) Pour les établissements de soins disposant de ces unités (2) A détailler dans le pli confidentiel (3) La facture correspondante doit parvenir à la CNSS dans un délai de 90 jours. (4) CE : Caisse Etrangère	Signature et cachet du médecin contrôleur de la CNSS
Date :.....		Date :.....