



Dossier de Prise En Charge

-1/2-

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
Etablissement de soins	N° du dossier d'hospitalisation		*
	Nom de l'établissement de soins	*	
	Code établissement (INP)	*	
	N° chambre		*
	Adresse		*
	Téléphone		*
	Fax	*	
Assuré	N° immatriculation	*	
	Nom et prénom	*	
	N° CIN	*	
	Adresse		*
Bénéficiaires des soins	Nom et prénom	*	
	N° CIN		*
	Date de naissance	*	
	Sexe : - M - F	*	
	Lien de parenté : - Assuré - Enfant - Conjoint	*	
Hospitalisation	Service hospitalisation		*
	INP		*
	Nature d'hospitalisation : - Maladie - ALD - Maternité - Accident	*	
	Motif d'hospitalisation		*
	Date prévisible d'hospitalisation ou Date d'admission en urgence	*	
	Signature de l'établissement	*	
	Cachet de l'établissement	*	
	Date	*	



Dossier de Prise En Charge

-2/2-

Zone	Information	Obligatoire	Facultative
Estimation du cout de l'hospitalisation par l'établissement	Frais de séjour		
	Nombre de jours	*	
	Prix unitaire	*	
	Total H. T	*	
	Nature de prestation		
	Code des actes	*	*
	Lettre clé et cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant	*	
	Examens (2)		
	Code des actes	*	*
	Lettre clé et cotation NGAP	*	
	Valeur clé		*
	Montant	*	
	Fournitures		
	Code des actes		*
	Lettre clé et cotation NGAP		*
	Valeur clé		*
	Montant	*	
	Total estimation	*	