

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR ADMISSION EN SERVICE DE SOINS

destiné au
Médecin-Conseil
(service administratif)

(Article R. 166-3 du Code de la Sécurité sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION (1)

NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu, du nom de l'époux)

ADRESSE

ORGANISME D'AFFILIATION (1)

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE :

ACTIVITÉ SALARIÉE ACTIVITÉ NON SALARIÉE PENSIONNÉ(E) X

SANS EMPLOI ▶ Date de cessation d'activité :

AUTRE CAS ▶ Lequel :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E) :

NOM-Prénom (suivi s'il y a lieu, du nom de l'époux)

DATE DE NAISSANCE :

LIEN AVEC L'ASSURÉ(E) Conjoint Enfant Autre membre de la famille
 Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension OUI NON

S'agit-il d'un ACCIDENT OUI NON Si oui, date de cet accident :

Si le malade est PENSIONNÉ DE GUERRE et si les soins concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

⚠ SE REPORTER A LA CARTE D'ASSURÉ SOCIAL

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.
(Articles L. 377-1 du Code de la Sécurité sociale, L. 441-1 du Code pénal)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. X

Signature de l'assuré(e)

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN-CONSEIL

NOM et ADRESSE de l'ÉTABLISSEMENT

Catégorie :

AVIS SUR LE PLACEMENT DÉFAVORABLE FAVORABLE, pour une durée de :

CONTRE-INDICATIONS :

EXONÉRATION TICKET MODÉRATEUR article L. 324-1 article L. 322-3,3° article L. 322-3,4°

EXONÉRATION FORFAIT JOURNALIER OUI NON

DATE :

Signature et cachet du médecin

UCAN3S - Edition 05/2018 - STI

CRAM G19-1-06

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN TRAITANT

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le placement de Mme, Mlle, M.
dans l'établissement ou le service suivant :

, pour une durée de : *27 Jours* X

Ce placement est-il en rapport avec un acte ou une série d'actes dont le coefficient global est égal ou supérieur à 50 OUI NON Dat de l'intervention :

Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens cliniques et complémentaires, traitement médical et chirurgical) : *plier ici*

Signature et cachet du médecin

Fais le :

à