



# DECLARATION POUR INTERVENTION DES FRAIS

NOM ET PRENOM de la personne soignée .....

ADRESSE .....

N° TELEPHONE ..... / .....

N° NATIONAL ..... ( A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)

COMPTE FINANCIER ..... / ..... / .....

## OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

- A) INTERVENTION CHIRURGICALE OUI / NON (\*)
- B) HOPITALISATION OUI / NON (\*) DU ..... AU .....
- C) MALADIE GRAVE OUI / NON (\*) (\*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

## A COMPLETER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT

- A) LIEU DE L'ACCIDENT .....
- B) DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT .....
- C) COMMENT L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT ?  
.....  
.....
- D) NOMS, PRENOMS ET ADRESSES DES TEMOINS.  
.....  
.....
- E) SI L'ACCIDENT EST IMPUTABLE A LA FAUTE D'UN TIERS ? NOM, PRENOM, ADRESSE ET N° DE POLICE DU TIERS.  
.....
- F) Y A-T-IL EU CONSTAT PAR UNE AUTORITE VERBALISANTE ? SI OUI, MENTIONNER LAQUELLE.  
.....

Certifié sincère et véritable.

Fait à

le

Signature

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) ..... (1)

déclare que ..... (2)

est en traitement depuis le ..... (3)

pour ..... (4)

Hospitalisation du ..... au .....

doit être opéré(e) / a été opéré(e) (\*) le .....

Codification I.N.A.M.I. : .....

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin

.....

(1) Nom, prénom et adresse du médecin.

(2) Nom, prénom et adresse du patient.

(3) Date à laquelle l'affection a été constatée la première fois.

(4) Indication de la nature de l'affection.