



## 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  N° de Prise en charge sur Application	Nom de l'établissement de soins ..... Code Etablissement : ..... N°Chambre: .....	<b>Accord du médecin contrôleur de la CNSS</b>
--	--	--

<b>A remplir par l'établissement</b>	<b>Estimation du coût de l'hospitalisation par l'établissement</b>	<b>Nom du médecin contrôleur</b> .....
--------------------------------------	--	---

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