

# Demande de prise en charge des coûts pour un traitement hospitalier

Demande de prise en charge auprès de l'assureur: 9 jours ouvrables avant l'hospitalisation.

Réponse de l'assureur: au plus tard 7 jours ouvrables après la demande.

## Patient

Prénom / Nom  
Rue  
NP / Lieu  
Date de naissance Sexe  
N° AVS / Tél.  
Mail

## Assureur

GLN/Mail

## Cas / Couverture

Loi / N° assu.  
N° de l'acc. / Date

## Employeur

Nom  
Rue, NP Lieu

## Hôpital / Clinique (lieu de la prestation)

Mail  
GLN RCC

## Chirurgien / Médecin indépendant

Mail  
GLN RCC

## Diagnostics

Type / Code	Nom

## Intervention demandée


## Remarques

Entrée prévue Retrait prévu

Date:

Signature: \_\_\_\_\_

superflu pour envoi électronique

Transmission électronique