

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