



Nom de la formation hospitalière :			Dossier médical N° :
Adresse :			N° chambre :
Tél. :	Fax :	E-mail :	

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE

(3) feuilles à adresser

ESTIMATION

OCP s'engage à vous régler les frais relatifs à cette prise en charge à hauteur d'un montant (en chiffre) de :

• Quote part assuré prise en charge :

La facturation relative à cette PEC doit respecter les instructions de travail qui seront communiquées ultérieurement.

NB : la quote part du retraité est payée directement à la formation hospitalière.

Fait à, le

DEVIS DE L'HOSPITALISATION

Frais de séjour		Nombre de jours	P.U	Total H.T
Durée probable	Séjour normal	.....	.....	.....
	Soins intensifs ⁽¹⁾
	Réanimation ⁽¹⁾
	Couveuse	.....	.....	.....

Nature des prestations	Cotation	P.U	Total H.T
Actes			
Consultations / Visites
Actes médicaux
Actes chirurgicaux
Anesthésie
Bloc opératoire / salle d'accouchement
Surveillance réanimation
Surveillance médicale ⁽²⁾
Acte Forfaitaire chirurgical

Examens (Détailés)			
Radiologie (Standard, IRM, Scanner, Echo...)	.....	.....	.....
Biologie	.....	.....	.....
Autres (Anapathe, ECG, EEG, Fibro, Colono...)	.....	.....	.....
Lithotripsie ⁽³⁾
Dialyses	.....	.....	.....

Fournitures			
Pharmacie	.....	.....	.....
Appareillages et Dispositifs Médicaux	.....	.....	.....
Autres : sang, plasma...	.....	.....	.....
Total de l'estimation	.....	.....	.....

Fait à, le

Montant accordé de la prise en charge (en lettres)

Visa et cachet de la formation hospitalière

Important

En cas d'hospitalisation programmée, ce devis doit être présenté à OCP au moins trois jours avant la date prévue d'hospitalisation du patient.

Une fois signé par OCP, ce devis est valable pour les 30 jours suivant la date de sa signature, passé ce délai, il devient caduc.

(1) Pour les cliniques disposant de ces unités

(2) A détailler dans le pli confidentiel

(3) Forfait avec RX avant et après

Assuré(e)

Nom & prénom(s) :

Malade

Nom & prénom(s) :

Matricule / RCAR :

Lien de parenté :

Date de naissance :

A REMPLIR PAR LA FORMATION HOSPITALIÈRE

Nom & prénom(s) du malade :

N° C.I.N ou autres (à préciser) :

Service d'hospitalisation :

Médecin traitant :

Motif d'hospitalisation (actes) :

Date d'hospitalisation

En urgence le

Ou prévue le

Nbre de pièce(s) jointe(s) dont certificat médical confidentiel obligatoire

RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Centre médical

Avis technique du médecin contrôleur

Favorable / Accord du

Défavorable / Motif

Réserves

Date

Signature et cachet du médecin contrôleur