

ASSUREO GESTION SANTE

6, rue Gracchus Babeuf

93131 Noisy-Le-Sec cedex.

Téléphone : 01 49 15 57 19

DEMANDE D'ACCORD DE PRISE EN CHARGE

Hospitalisation : Médicale Chirurgicale

Hôpital ou clinique conventionné : Oui Non

Nom de l'établissement :

Adresse :

Téléphone : FAX :

Nom de l'assuré : Prénom :

Numéro du contrat : N° de Sécurité Sociale : .../.../.../.../.../.../...

Nom du bénéficiaire : Prénom :

Date de naissance: .../.../..... Lien de parenté avec l'assuré :

Cause de l'hospitalisation :

Numéro du dossier : DMT : Date d'entrée : .../.../.....

Durée prévue de l'hospitalisation : Nature du service :