

## Demande de prise en charge hospitalière

Nom et prénom du bénéficiaire des soins: .....

Numéro régime obligatoire : .....

Nom de l'hôpital : .....

Ville : ..... Code finess : .....

Date d'entrée : ..... DMT : .....

Numéro télécopie : ..... Agence ou conseiller : .....

A cocher si accompagnement enfant Date de la demande : .....

## Demande de prise en charge hospitalière

Nom et prénom du bénéficiaire des soins: .....

Numéro régime obligatoire : .....

Nom de l'hôpital : .....

Ville : ..... Code finess : .....

Date d'entrée : ..... DMT : .....

Numéro télécopie : ..... Agence ou conseiller : .....

A cocher si accompagnement enfant Date de la demande : .....

## Demande de prise en charge hospitalière

Nom et prénom du bénéficiaire des soins: .....

Numéro régime obligatoire : .....

Nom de l'hôpital : .....

Ville : ..... Code finess : .....

Date d'entrée : ..... DMT : .....

Numéro télécopie : ..... Agence ou conseiller : .....

A cocher si accompagnement enfant Date de la demande : .....