التعاضدية الوطنية للفنانين
MUTUELLE NATIONALE DES ARTISTES

DOSSIER DE PRISE EN CHARGE

(3 Feuilles à adresser à la M.N.A.)

NOM CLINIQUE ADRESSE	DOSSIER MÉDICAL :
TÉL.: FAX:	N° CHAMBRE:

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

IDENTITE & CACHET DE L'EMPLOYEUR	(s'il y a lieu)	N° D'ADHESION
ASSURE NOM & PRENOM		
MALADE NOM & PRENOM		LIEN DE PARENTE
DATE DE NAISSANCE		

A REMPLIR PAR LA CLINIQUE OU POLYCLINIQUE

NOM & PRENOM DU MALADE	
N° CIN OU AUTRES (PRÉCISER)	
SERVICE D'HOSPITALISATION	
MEDECIN TRAITANT	
MOTIF D'HOSPITALISATION (ACTES)	
DATE D'HOSPITALISATION	
EN URGENCE LE OU PREVUELLE	
NBRE DE PIÈCES JOINTES	DONT CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL OBLIGATOIRE

RESERVER A LA M.N.A

SINISTRE N°

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

☐ FAVORABLE / ACCORD DU

☐ DEFAVORABLE / MOTIF

☐ RESERVES

SIGNATURE ET CACHET DE LA M.N.A

CACHET DE RECEPTION

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION PAR LA CLINIQUE

FRAIS DU SEJOUR		NBRE JOURS	P.U	TOTAL H.T.
DUREE PROBABLE	SEJOUR NORMAL			
	SOINS INTENSIFS (1)			
	REANIMATION (1)			
	COUVEUSE			

NATURE DES PRESTATIONS	COTATION		TOTAL H.T.
ACTES			
CONSULTATIONS			
ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE			
BLOC OPERATOIRE / SALLE D'ACCOUCHEMENT			
SURVEILLANCE REANIMATION			
SURVEILLANCE MEDICALE(2)			
EXAMENS (DETAILLES)			
RADIOLOGIE (STANDARD - IRM - SCANNER - ECHO…)			
BIOLOGIE			
AUTRES (ANAPATHE - ECG - EEG - FIBRO - COLONO…)			
LITHOTRIPSIE(3)			
DIALYSES			
FOURNITURES			
PHARMACIE			
MATERIELS OSTEO-SYTHESE SANG - PLASMA…			
TOTAL DE L'ESTIMATION			

ESTIMATION DE LA M.N.A.

BASE DE REMBOURSEMENT	TAUX REMBOURSEMENT	MONTANT PRIS EN CHARGE