

Exemplaire destiné au Centre médico-pédiatrique

## NOTIFICATION DE PRISE EN CHARGE ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT

N° (attribué par le Collège des médecins-directeurs)

Références	
Etabl.	
O.A.	

CENTRE MEDICO-PEDIATRIQUE

N° d'identification de la convention

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR

N° - O.R.  
Mutualité

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE

(Malade chronique)

Numéro d'inscription


Sexe :  
1 M - 2 FNom - Prénom :  
Adresse :

Date de naissance :

Nationalité

Code I.N.S.

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint  
ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

Nom - Prénom :  
Adresse :

Date de naissance :

Date de prise en charge

Heure


 - Int. - Amb. - (1)

Les soussignés, médecin et responsable administratif du Centre médico-pédiatrique déclarent sur l'honneur que toutes les conditions de prise en charge du bénéficiaire dans le Centre et de facturation de "prix de journée de prise en charge", prévues dans la convention conclue entre le Centre et le Comité de l'assurance soins de santé de l'I.N.A.M.I., sont remplies à partir du début de la prise en charge.

Date : Nom et signature du médecin Nom et signature du responsable administratif

Cadre réservé à l'O.A.	Feder - O.R.	Mut.	Section	Numéro d'inscription	
	Code titulaire			Droit à Tous risques	100 %
	1		2	Gros risques	
	/			Petits risques	75 %

## ENGAGEMENT DE PAIEMENT

L'organisme assureur, sur décision provisoire favorable du Collège des médecins-directeurs, s'engage à rembourser les frais relatifs à la prise en charge dans le Centre médico-pédiatrique du bénéficiaire précité suivant les tarifs et conditions prévus par la convention conclue entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'I.N.A.M.I. et le Centre.

**Chaque facture doit reprendre le numéro du présent engagement de paiement.**

Sans préjudice des dispositions visant l'accord définitif du Collège des médecins-directeurs et sans préjudice des dispositions visant l'envoi d'un rapport médical circonstancié et la sanction en cas d'envoi hors délai, cet engagement de paiement est valable pour la durée de la prise en charge.

DECISION PROVISOIRE FAVORABLE (1)  
à partir du

DECISION PROVISOIRE DEFAVORABLE (1)  
 Conditions d'assurabilité non remplies  
 Autres :

Date :  
Président du Collège des médecins-directeurs.

Cachet de l'O.A.

Pour la Fédération - l'office régional  
Le responsable  
Date :

(Signature - Nom)

Vu pour être annexé au règlement du 13 mars 2000.

(1) Biffer les mentions inutiles.