

Attestation médicale Hôpital Plus 100/200/Franchise

Veillez fournir ce document conjointement avec le rapport d'hospitalisation sous pli fermé adressé au médecin-conseil d'Hôpital Plus.

A compléter par l'assuré(e) ou son représentant légal

Données personnelles :

Complétez ou collez une vignette bleue:

Numéro de registre national : _____

Nom + prénom : _____

Rue + no. : _____

Code postal + commune : _____

Téléphone : _____

GSM : _____

A compléter par le médecin hospitalier (*)

(*) Ou par le généraliste si aucun médecin de l'hôpital n'est impliqué dans le traitement.

A compléter en cas d'hospitalisation :

Date : du / / à : heures, au / / à : heures

Hospitalisation nécessitée par :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> accident | <input type="radio"/> arthrose/rhumatisme | <input type="radio"/> affection gastroentérologique |
| <input type="radio"/> complication de grossesse | <input type="radio"/> cataracte | <input type="radio"/> affection pulmonaire |
| <input type="radio"/> accouchement | <input type="radio"/> affection endocrinienne | <input type="radio"/> affection psychique |
| <input type="radio"/> stérilisation/traitement contraceptif | <input type="radio"/> affection ORL | <input type="radio"/> affection urologique |
| <input type="radio"/> traitement de la fécondité | <input type="radio"/> affection cardiaque | <input type="radio"/> autre diagnostic |

Description détaillée de l'(des) affection(s) ou de la lésion : _____

Description de l'intervention ou du traitement : _____

A compléter en cas de traitement ambulatoire d'une maladie grave :

De quelle maladie s'agit-il ? _____

A compléter en tout cas :

Date des premiers symptômes : / /
Date de la première consultation pour cette affection : / /
Y a-t-il une ou des pathologies précédentes qui se rapportent à l'affection qui nécessite cette hospitalisation ou ce traitement ambulatoire de maladie grave ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, de quelle(s) pathologie(s) s'agit-il ? _____
Quand a eu lieu le diagnostic ? / /
Le patient a-t-il été traité à une date antérieure par vous-même ou par un autre médecin pour la pathologie ci-dessus (p. ex. médicaments, hospitalisation, ...) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom et adresse de cet autre médecin : _____
Période(s) de(s) traitement(s) précédent(s) : _____
Numéro de nomenclature en cas d'hospitalisation de jour : _____

N'oubliez pas d'ajouter le rapport d'hospitalisation à ce document !

Fait le / /, à _____

Je, soussigné(e), (nom + prénom du médecin traitant) _____
certifie que cette attestation est exacte, complète et sincère.

(cachet et signature du médecin)

Évaluation médecin-conseil SMA Hôpital Plus

Date de l'évaluation : / /
Décision : _____ _____
Motivation : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____