

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

IDENTIFICATION / ASSURÉ – PATIENT (à remplir par l'Assuré)		
Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé	Votre N° de contrat/Sociétaire	Nom de votre entreprise
.....	.....	.....
Nom	Prénom	Date de naissance
Assuré .....	.....	.....
Patient .....	.....	.....
Adresse: .....		
Code postal	Ville	.....
Pour vous contacter au sujet de votre devis :		Téléphone fixe (en journée)
Téléphone portable		Mail :
.....		.....@.....

**DEVIS ACTE DE CHIRURGIE OU D'OBSTÉTRIQUE  
 HOSPITALISATION CHIRURGICALE OU OBSTÉTRICALE PROGRAMMÉE**  
 (Document à faire compléter par votre chirurgien ou obstétricien)

**Volet MEDICAL**

**ACTE CHIRURGICAL**

Codification CCAM de l'acte: ..... : .....

Date d'intervention: .....

**IDENTIFICATION de l'ETABLISSEMENT DE SOINS :**

Nom de l'établissement: .....

Adresse : .....

.....

Ville: ..... Code Postal: .....

**HOSPITALISATION**

Durée prévisible de l'hospitalisation (à titre indicatif) : .....

Hospitalisation de Jour  Hospitalisation Complète

**CHIRURGIEN ou OBSTÉTRICIEN**

Nom du praticien: ..... Numéro ADELI: .....

Secteur d'installation: Secteur 1:  Secteur 2:  adhérent CAS oui  non

Montant des honoraires Sécurité Sociale: .....€ Montant du dépassement: .....€

Je ne souhaite pas recevoir des informations sur les services Santéclair par email  par sms

Signature de l'assuré \_\_\_\_\_ Date, cachet et signature du praticien \_\_\_\_\_

Date de la demande .....