



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En date du : _ _ _ _ _

Emetteur :

Nom établissement :

Adresse :

Téléphone : Fax :

E-mail :

N° FINESS : DMT :

Concerne :

Nom : Prénom :

N° Sécurité Sociale : N° d'adhérent :

Adresse :

Date d'entrée : Date prévisionnelle de sortie :

N° dossier : Ticket modérateur Forfait journalier

Chambre particulière Frais d'accompagnant

Commentaire :

Cette demande peut être adressée à la CNM Prévoyance Santé :

- soit par mail à : prestations@cnmsante.fr

- soit par fax au : **01 44 62 86 73**

- soit par courrier à **CNM Prévoyance Santé – Services Prestations - 93A, rue Oberkampf - 75553 PARIS CEDEX 11**

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter la CNM Prévoyance Santé au : 01 44 62 33 40