

[Annexe 33c

**NOTIFICATION D'HOSPITALISATION
ET D'ENGAGEMENT DE PAIEMENT
FORMULAIRE 721bis**

ETABLISSEMENT HOSPITALIER N° d'agrégation.....	Dénomination et adresse:						
ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office..... régional ou Centre médical régional	Dénomination et adresse:						
BENEFICIAIRE							
NISS (1):	Sexe 1 - M 2 - F						
Date de naissance:							
Nom - Prénom:							
Adresse:							
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Date d'admission</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Heure</th> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Code service</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">.....</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">.....</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">.....</td> </tr> </tbody> </table>	Date d'admission	Heure	Code service	Ce bénéficiaire a été hospitalisé aux date et heure mentionnées ci-contre. A ma connaissance cette hospitalisation est, n'est pas (1) la suite d'un accident - résulte, ne résulte pas (1) d'une mesure de protection. Pour l'établissement hospitalier, <p align="center">Date</p> <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> <p align="center">(Signature - Nom)</p>
Date d'admission	Heure	Code service					
.....					

Exemplaire à conserver par l'établissement hospitalier.

- (1) Biffer les mentions inutiles.
- (2) Pour les personnes qui n'ont pas de numéro NISS, il faut mentionner le numéro d'inscription de la mutualité.]