Annexe 35a

AVIS DE FIN D'HOSPITALISATION
Formulaire 727

Références	
Etabl.	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋
O.A.	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋

Au médecin-conseil
ETABLISSEMENT HOSPITALIER
N° d'agréation ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋
Dénomination:
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR
N° Fédération - O.R. ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋
Mutualité
Dénomination:
Adresse:

BENEFICIAIRE:
(malade) Numéro d'inscription ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋ ⌊⌋
Sexe
⌊⌋ 1
M
⌊⌋ 2
F
Nom - Prénom: Date de naissance ⌊⌋
Nationalité
Adresse:
Code INS
Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1) ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋

TITULAIRE:
Numéro d'inscription ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋

Nom - Prénom: Date de naissance

Date d'admission	Heure	Service		
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋
Changement(s) de service depuis la date du dernier document introduit			Date de sortie	Heure
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	Est décédé(e) le:	
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	Pour l'établissement hospitalier	
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	Date:	
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	(Signature - Nom)	
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋		
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋		
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	Cachet réservé à l'organisme assureur MS 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - ACC - MP	
⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋	⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋		

RAPPORT MEDICAL JUSTIFIANT L'HOSPITALISATION
Raisons de l'hospitalisation
Diagnostics:
Principal:
Complémentaires influençant la durée de l'hospitalisation
Interventions effectuées:
Chirurgicales:
Obstétricales:
Autres interventions thérapeutiques ou diagnostiques exécutées influençant la durée de l'hospitalisation

(1) Biffer les mentions inutiles

Date
Cachet avec n° d'identification et signature du médecin

Exemplaire pour le médecin-conseil