

**STRICTEMENT
CONFIDENTIEL**

DEMANDE DE FORFAIT DE SURVEILLANCE EN SERCTEUR MÉDICAL

CERTIFICAT MÉDICAL DESTINÉ AU CONSEILLER MÉDICAL DE LA MSM
(à remplir par le médecin traitant)

DIAGNOSTIC

Affections actuelles motivant la demande de prise en charge :

.....
.....

Situation clinique actuelle :

.....
.....
.....



Joindre obligatoirement les conclusions médicales :

- si examens paracliniques et ou consultations spécialisées
- si hospitalisation médecine et chirurgie

.....
.....
.....

Antécédents :

.....
.....

Thérapeutique médicale actuelle :

.....
.....

Objectifs escomptés de la demande de prise en charge :

.....
.....
.....

Soins infirmiers techniques requis :

.....
.....

GRILLE DE DÉPENDANCE



Joindre obligatoirement la grille AGGIR une fois par an (à remplir par le médecin traitant).

Le

Signature et cachet
du médecin traitant

Cadre réservé au service médical de la Mutuelle Saint-Martin

Option : âge :

Placement

Prolongation

ACCORD

REFUS

INSTANCE

Date :

Remarque :

.....
.....