



Association Médico-Sociale Anne Morgan

Pôle Soins - Hospitalisation à Domicile
31, rue Anne Morgan - 02200 Soissons
Tél : 03.23.75.51.20 Fax : 03.23.75.51.01
Mail : secretariathad@amsam.net

Demande de prise en charge en HAD

F-HAD-AA.01 Version : 2	Date de mise à jour : 13/01/2020 Page : 1/1
----------------------------	--

NOM :
Prénom :
Date de naissance :

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS
DESTINÉS EXCLUSIVEMENT AU MÉDECIN
CONSEIL DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE.

Au préalable, le chef de service prend contact avec le médecin traitant du patient et l'informe de la future prise en charge de l'HAD.

Adresse : Tél :
Antécédents :
Diagnostic précis :
Motifs justifiant la présente demande :
Détail des soins à recevoir :
Durée prévisible :

Cachet d'identification du médecin
prescripteur :

Fait le :

Signature du médecin :