

ANNEXE A LA CIRCULAIRE AUX INTERMEDIAIRES AGREES N°93-18 DU 18 OCTOBRE 1993

INTERMEDIAIRE AGREE

Code Agence :

**ETAT RECAPITULATIF DES TRANSFERTS EFFECTUES A TITRE DE SOINS MEDICAUX A L'ETRANGER
ET DE FRAIS DE SEJOUR Y AFFERENTS AU COURS DU MOIS DE :**

Date	IDENTIFICATION DU PATIENT				Code pays de destina- tion	Nom du médecin	P ou NP (2)	A ou NA (3)	Mode (4)	Nature opération (5)	Montant en dinars	IDENTIFICATION DE L'ACCOMPAGNATEUR				Référence autorisation BCT		
	Type (1)	Numé- ro	Nom et prénom	Adresse complète								Type (1)	Numé- ro	Nom et prénom	Adresse complète	Numé- ro	Date	

1) - **CN, CS** ou le passeport au cas où le patient est un mineur ne disposant pas de **CIN**

2) - **P** s'il y a prise en charge

- **NP** s'il n'y a pas de prise en charge

3) **A** : accompagné ; **NA** non accompagné.

4) **BB** : billets de banques ; **CH** : chèques.

5) Indiquer : - 0551 : Frais de séjour des patients ; 0552 Frais de séjour accompagnateur ; 0553 : Transport sanitaire ;

- 0554 : Cures thermales ; 0555 : Consultations et analyses spécialisées ; 0556 : Hospitalisations et opérations chirurgicales.

DATE :

CACHET ET SIGNATURE AUTORISEE