

N°.....

Date .....

**BILLET DE TRANSFERT DES MALADES  
VICTIMES DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES  
PROFESSIONNELLES**

**IDENTIFICATION**

ORGANISME ASSUREUR : .....

NOM ET PRENOM DU MALADE : .....

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE : .....

MATRICULE DE L'ASSURE : (N° sur le carnet) .....

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE : .....

ADRESSE : .....

LE MALADE EST : L'ASSURE LUI-MEME ( ) SON CONJOINT ( )

DESCENDANT A CHARGE ( ) ASCENDANT A CHARGE ( )

INDEX.....N° d'admission.....

Hôpital d'Origine.....Service.....

Hôpital d'accueil.....Service.....

Date du Transfert.....

Raison du Transfert.....

Code Pathologie.....

*Signature du Chef de Service  
d'origine*

*Signature du Chef de Service  
d'accueil*

*Signature du Directeur de l'Hôpital  
d'origine*

*Signature du Directeur de l'Hôpital  
d'accueil*