REPUBLIQUE DU MALI – Hôpital_____

BILLET D'HOPITAL **Numéro d'hospitalisation** : _____
(partie administrative)

Nom _____ **Prénom** _____

Date de naissance _____ **Sexe** _____

Adresse de Résidence habituelle _____

Région _____ **Cercle ou commune** _____

Type tarification : plein tarif – demi tarif – tiers payant – gratuité totale

Organisme débiteur (si tiers payant) : _____

Date d'admission _____ **Service** _____ **Catégorie** _____

Provision payée : _____

Date transfert1 _____ **Service** _____ **Catégorie** _____

Date transfert 2 _____ **Service** _____ **Catégorie** _____

Date de sortie _____

----∀----------

REPUBLIQUE DU MALI – Hôpital_____

BILLET d'HOPITAL **Numéro d'hospitalisation** : _____
(partie médicale)

Référé : NON

OUI par : Cscom – Csref – HR – HN – Cabinet médical privé – Cabinet de soins privé – clinique privée

Date d'admission :_____ **Date de sortie** :_____

Type de sortie : sortie sur accord médical – référé ou évacué – abandon - décédé

Diagnostic de sortie : _____

Cause de décès _____

Intervention chirurgicale : NON

OUI URG PROG type _____