

CIRCULAIRE N° 50/95

OBJET : Prise en charge des victimes des accidents du travail et des maladies professionnelles lors d'un transfert interhôpitaux.

REFERENCE : Circulaire n° 119 du 31 Décembre 1994.

P.JOINTE : Modèle d'un billet de transfert des malades.

En vertu des dispositions de la circulaire n° 119 du 31 Décembre 1994 sus-visée, la victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle se présente à l'hôpital munie d'une attestation de prise en charge délivrée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Toutefois, des difficultés ont été constatées concernant la procédure de prise en charge de ces malades lors d'un transfert interhôpitaux.

A cet effet, j'ai l'honneur de vous informer qu'il a été convenu avec la CNSS de procéder comme suit :

- L'hôpital d'origine demandant le transfert est appelé à photocopier et à authentifier la prise en charge qui sera appuyée du billet de transfert dont modèle ci-joint.

- La copie authentifiée de la prise en charge doit suivre le malade à l'hôpital d'accueil..

Une fois les soins dispensés, cette prise en charge accompagnée de la facture correspondante sera envoyée à la C.N.S.S, qui paiera chaque hôpital à part.

Vous êtes priés de veiller avec diligence à l'application des prescriptions de la présente.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Pr. le Ministre de la Santé Publique
Le Secrétaire Général

ELIAS & Mohamed GHAZAL

DESTINATAIRES:

Messieurs,

- Les directeurs généraux et directeurs des hôpitaux,) pour exécution
centres et instituts spécialisés.)
- Les directeurs régionaux de la santé publique)

- Les membres du cabinet)pour information
- Les directeurs de l'administration centrale)

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*