

Jubilee

INSURANCE

Entreprise régie par le code des assurances

Siège social: 8 Chaussée Prince Louis Rwagasore, Boîte postale 2290 Bujumbura. Burundi

Capital Social: BIF 1,500,000,000

NIF: 4000007700

R.C.: 72973

HOSPITALISATION - FORMULAIRE PREAUTORISATION

Un formulaire dûment complété doit être envoyé à Jubilee Insurance dans 24 heures suivant l'admission d'un de ses membres à votre hôpital. Répondez à toutes questions autrement, il peut y avoir des retards dans l'autorisation de l'admission et/ou les factures peuvent ne pas être payées

1. Société/Employeur

2. Employé N° affilié

3. Nom du patient Age

4. Nom de l'Hôpital

5. Numéro de tél. du patient

6. Date d'admission Heure d'admission

7. Les affections présentes

8. Diagnostic Provisoire ou final

9. Date du premier diagnostic de cette maladie

10. Date du dernier traitement

11. Cause de la maladie

12. Y a-t-il une maladie sous-jacente?

13. Cette maladie est-elle susceptible de réapparaître?

14. La maladie est-elle congénitale?

15. Le patient a-t-il subi un test VIH? Oui/ Non Si oui veuillez donner le résultat

16. Résumé de la clinique/Hôpital:

17. Investigations

18. Examens complémentaires

19. Estimation des frais de traitement

Type d'admission: Veuillez cocher ce qui convient	Spécialisation	Nom du médecin	Frais
Urgence	Docteur		
Non-Urgence	Chirurgien		
Chirurgie ambulatoire	Anesthésiste		

21. Durée estimée de l'hospitalisation

Nom, signature & tampon du Médecin traitant

Je n'ai aucune objection à ce que la société d'assurance Jubilee ou ses représentants, communiquent avec le médecin ou l'hôpital que j'ai consulté ou visité et me soumet à n'importe quel(s) examens(s) si nécessaire et exigé par la société d'assurance Jubilee du Burundi.

Signature _____

Date _____