



1. Données personnelles du patient

Numéro Dossier	D2584-1185
Nom	LERAT
Prénom	LOUKAS
Sexe	Homme
Rue	
Numéro	
Code postal	
Commune	
Date de naissance	0000-00-00
Nationalité	
Âge au moment de l'accident	
Téléphone	
GSM	
E-mail	
Status	
Profession	

2. Données du bénéficiaire

Le patient est-il le bénéficiaire ?

Relation	
Nom	
Prénom	
Sexe	
Rue	
Numéro	
Code postal	
Commune	
Date de naissance	0000-00-00
Nationalité	
Téléphone	
GSM	
E-mail	
Status	
Profession	

3. Situation familiale de la famille du patient.

Nombre de personnes qui vivent du revenu familial 0

4. Données de l'accident

Date de l'accident 0000-00-00

Hôpital

Centre de brûlés (Dernier)

Si transfer, Centre de brûlés précédent

Localisation des brûlures -

Profondeur des brûlures

Pourcentage de brûlures 0 %

Genre d'accident

Enregistrement

Date d'admission 0000-00-00

Date de sortie 0000-00-00

Durée de l'admission 0

Cette demande concerne t-elle une nouvelle admission ?

5. Situation d'assurance(s)

Assurance 1

Assurance 2

6. Situation financière familiale Rentrées mensuelles familiale

Revenus 0 €

Indemnités de mutuelle 0 €

Invalidité 0 €

Chômage 0 €

Allocation familiale 0 €

Pension 0 €

CPAS 0 €

Pension alimentaire 0 €

Revenus immobiliers 0 €

Autres 0 €

TOTAL DES REVENUS 0 €

Sorties mensuelles familiale

Loyer 0 €

Chauffage 0 €

Electricité et gaz	0 €
Eau	0 €
Assurance auto	0 €
Assurance incendie	0 €
Assurance familiale	0 €
Assurance diverses	0 €
Téléphone	0 €
Taxes auto	0 €
Taxes commune	0 €
Précompte mobilier	0 €
Aide familiale	0 €
Frais médicaux	0 €
Frais judiciaires	0 €
Frais scolaires	0 €
Frais de crèche et de garderie	0 €
Total crédit personnel	0 €
Total crédit voiture	0 €
Total crédit maison/appartement	0 €
Autres	0 €
-	0 €
-	0 €
-	0 €
-	0 €
SORTIES TOTALES	0 €
RESTE (reentrées moins sorties)	0 €
Reste mensuel par personne	0 €

7. Frais médicaux Intervention personnelle

Facture 1	0 €
Facture 2	0 €
Facture 3	0 €
Facture 4	0 €
Facture 5	0 €
TOTAL	0 €

Intervention personnelle revalidation

Kiné à la maison	0 €
------------------	-----

Kiné en ambulatoire	0 €
Centre de revalidation	0 €
TOTAL	0 €

Soins complémentaires

Consultations	0 €
Pharmacie	0 €
Divers	0 €
TOTAL	0 €

Frais de transport

Pendant l'hospitalisation	0 €
Après l'hospitalisation	0 €
Ambulance/Hélicoptère	0 €
TOTAL	0 €

Vêtements compressifs

Facture 1	138 €
Facture 2	0 €
Facture 3	0 €
TOTAAL	138 €

Autres frais (spécifiez)

- SA Toussaint ortho	129 €
- SA Toussaint ortho	130 €
- SA Toussaint ortho	94 €
- Clairs Vallons 09/19 au 09/20	2225 €
- SA Toussaint ortho	50 €
TOTAAL	2628 €

TOTAL GÉNÉRAL DE L'ACCIDENT

=> **2766**

CATÉGORIE D'INTERVENTION PAR LA FONDATION

=> **Catégorie I : 100%**

INTERVENTION DEMANDÉE

=> **2766**

Paiement

615-3001-61735	128 €	56	Cheque	SA Toussaint ortho -
----------------	-------	----	--------	----------------------

615-3001-58604	130 € 34	Virement	SA Toussaint ortho -
615-3002-97737	93 € 52	Virement	SA Toussaint ortho -
€ 74		Virement	Clairs Vallons 2224
615-3002-36608	50 €	Virement	SA Toussaint ortho -
-615-3002-11346	138 € 06	Virement	SA Toussaint ortho

MOTIVATION

=>

Décision de la commission

=> **Favorable**