

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS

149A24

1092 pac

0666816672

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE	KOUSSAIMY, MUSTAFAA
SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	chirurgie
MEDECIN RESPONSABLE	DR. chakir , n/cnss
MOTIF DE L'HOSPITALISATION	Voir plus confidentiel
DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	08/02/2023
PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/>
CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL	

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

123000454

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT. S. NORMAL		

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX

K120 9600,00

ACTES CHIRURGICAUX

ANESTHESIE

SALLE D'OPERATION

SOINS INTENSIFS

SURVEILLANCE MEDICALE

EXAMENS

1,10 2200

RADIOLOGIE

BIOLOGIE

FOURNITURES

PHARMACIE

AUTRES

TOTAL DE L'ESTIMATION

11800,00

TOTAL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

CACHET DE L'EMPLOYEUR	NUMERO DE POLICE
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE	NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE	
NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE
DATE DE NAISSANCE	

Cette estimation n'est établie qu'à titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifiée de l'hospitalisation ou en cas de complication.

SERVICE ADMISSION
FACTURATION

DATE

09/02/2023

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

AVIS FAVORABLE
ACCORDE LE _____

AVIS DEFAVORABLE
MOTIF

SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CONCURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A CE JOUR SOIT DH _____

EN CHIFFRE _____

EN TOUTES LETTRES _____

VISA ET
CACHET
DE L'ASSUREUR

ACCUEIL
M. BOUNZAACHANE
10 FEV. 2023

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS KENITRA

149124
1092 pcc
0 666 814672

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE	KOUSSAÏLY, MUSTAPHA
SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	clinique
MEDECIN RESPONSABLE	DR. chakir, viceness
MOTIF DE L'HOSPITALISATION	Voir plus confidentiel
DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	08/10/21 2023
PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/>

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

CACHET DE L'EMPLOYEUR	MOPAHS	NUMERO DE POLICE	
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE		NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE	
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE		LIEN DE PARENTE	
NOM ET PRENOM			
DATE DE NAISSANCE			

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

- AVIS FAVORABLE
ACCORDE LE _____
- AVIS DEFAVORABLE
MOTIF

SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION →

123000454

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

DUREE PROBABLE	FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
	S. INT. S. NORMAL			
	ACTES MEDICAUX			
	ACTES CHIRURGICAUX	K 120	9600.00	
	ANESTHESIE			
	SALLE D'OPERATION			
	SOINS INTENSIFS			
	SURVEILLANCE MEDICALE			
	EXAMENS			
	RADIOLOGIE	1.10	2200	
	BIOLOGIE			
	FOURNITURES			
	PHARMACIE			
	AUTRES			
	TOTAL DE L'ESTIMATION			11800.00
				TOTAL

Cette estimation n'est établie qu'a titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifiées de l'hospitalisation ou en cas de complication.

DATE 09/10/21 2023

VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CON-
CURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A
CE JOUR SOIT DH _____
EN CHIFFRE _____
EN TOUTES _____
LETTRES _____

VISA ET
CACHET
DE L'ASSUREUR



الزيراوي
ZIRAOUI

NOTE CONFIDENTIELLE DU M

0000762790 2 01/01/1948

KOUESSAIMY

MUSTAPHA MUPRAS

123000454

08/02/2023

CHIRURGIE

SALLE 219 LIT 219F

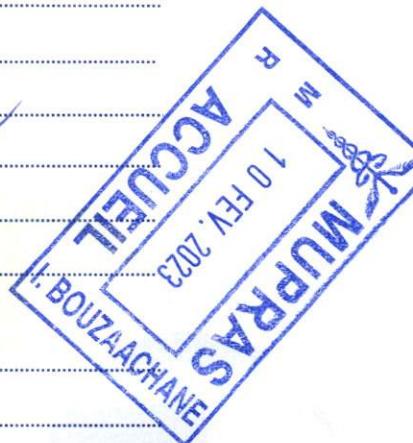
NOM :

1) Date de la constatation de l'état de malade :

.....

2) Renseignements cliniques sommaires :

.....
Prof. Mr.
.....
.....



3) Traitement envisagé et actes :

.....
RTVP
.....

K120

2) Durée prévisible du traitement :

.....
A. Assum LE

Signature



Pli à joindre à la D.E.P

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :

CC 34503
124103 N
N048075427300
20020103 2003
20020103 2003

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS KENITRA

149184
1092 PCC
066816672

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE	KOUASSI Moustapha
SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	Polyclinique
MEDECIN RESPONSABLE	DR. hakim, YOUSSEF
MOTIF DE L'HOSPITALISATION	Voir plus confidentiel
DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	08/10/21 2023
PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/>

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

CACHET DE L'EMPLOYEUR	NUMERO DE POLICE
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE	NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE	
NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE
DATE DE NAISSANCE	

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL
<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE ACCORDE LE _____
<input type="checkbox"/> AVIS DEFAVORABLE MOTIF

SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION →

123000454

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR		Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT. S. NORMAL			

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX	K 120	9600.00	

ANESTHESIE			
------------	--	--	--

SALLE D'OPERATION			
-------------------	--	--	--

SOINS INTENSIFS			
-----------------	--	--	--

SURVEILLANCE MEDICALE			
-----------------------	--	--	--

EXAMENS			
RADIOLOGIE		1.10	200

BIOLOGIE			
----------	--	--	--

FOURNITURES			
-------------	--	--	--

PHARMACIE			
-----------	--	--	--

AUTRES			
--------	--	--	--

TOTAL DE L'ESTIMATION

11800.00

TOTAL

Cette estimation n'est établie qu'à titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifiées de l'hospitalisation ou en cas de complication.

DATE 09/10/21 2023

VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CONCURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A CE JOUR SOIT DH

EN CHIFFRE _____

EN TOUTES

LETTRES

VISA ET
CACHET
DE L'ASSUREUR