



200217

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE: Doha Kssiba

SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE: S. Médecine

MEDECIN RESPONSABLE: Dr. Boudh

MOTIF DE L'HOSPITALISATION: chron

DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION: 16-03-23

CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE: Urg

PIECE JOINTE: ☐ CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT.	12 jours	66000DH
	S. NORMAL		

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS			
RADIOLOGIE			Rxp → 1600DH
BIOLOGIE			TDM → 2000DH
			Bilan → 2000DH
FOURNITURES			
PHARMACIE			Pharmacie → 30000DH
AUTRES			
TOTAL DE L'ESTIMATION			13,760 DH

RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REM- BOURSEMENT	Montant P. EN CHARGE DH	Cts
-------------------------	-------------------------------	-----

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

CACHET DE L'EMPLOYEUR: ☐

NUMERO DE POLICE:

NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE:

NOM ET PRENOM 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

☐ AVIS FAVORABLE ACCORDE LE

☐ AVIS DEFAVORABLE MOTIF

SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

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

26/03/24

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



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM
DU MALADE

Doula Kssiba

SERVICE D'HOSPITALISATION
DU MALADE

S. Médecine

MEDECIN RESPONSABLE

Dr. Bendr

MOTIF DE L'HOSPITALISATION

ctyon

DATE PREVISIBLE DE
L'HOSPITALISATION

16-03-23

CAS D'URGENCE
HOSPITALISTE LE

Urgt

PIECE
JOINTE

☐

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT.	12 jours	66000DH
	S. NORMAL		

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS			
RADIOLOGIE			
BIOLOGIE			
FOURNITURES			
PHARMACIE			
AUTRES			

TOTAL DE L'ESTIMATION 13.760 DH

RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REM-
BOURSEMENT

Montant
P. EN CHARGE
DH Cts

TOTAL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

CACHET DE
L'EMPLOYEUR

NUMERO DE POLICE

NUMERO D'AFFILIATION
DE L'ASSURE

NOM ET PRENOM
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

☐

AVIS FAVORABLE
ACCORDE LE

☐

AVIS DEFAVORABLE
MOTIF

SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

DATE

26/03/24

VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

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.

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



NOTE CONFIDENTIELLE

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

KSSIBA ADOHA

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré (e) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

/ / / / / / / / / /

Date de la consultation: / / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

Diagnose de Crohn
et proctite - 26/03/2024

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

AMC - 100 W plus
Pgy - 100 W plus
Sulfur

Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

12 jours

16-03-2024

27-03-2024

Fait à :

Signature et cachet du médecin traitant

*Accoler l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

Adresse OG :

Fax :

Tél. :