



DERB GHALLEF 26/03/88

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

### A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE	G. D. Dalia Ksiba
SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	S. Médecine
MEDECIN RESPONSABLE	Dr. Boudra
MOTIF DE L'HOSPITALISATION	cluox
DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	16-03-23
CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	urg
PIECE JOINTE	

### 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

### ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

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

### NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS			
RADIOLOGIE			160DH
BIOLOGIE			2000DH
FOURNITURES			2000DH
PHARMACIE			Pharmacie 3000DH
AUTRES			

### TOTAL DE L'ESTIMATION

13,760  
0H

### TOTAL

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.

DATE 26/03/244

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



**NOTE CONFIDENTIELLE**

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :  
KSSZBA A.D.J.H.A

Nom et prénom du médecin traitant :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / /

INPE et code à barres\*:  
/ / / / / / / / / /Nom et prénom du bénéficiaire (autre que  
l'assuré (e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

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

*Début de crise en progrès + abs/PA*

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

*AM. Doy w plus joi w  
Doy m . Salle .*

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
<i>12 jours</i>	<i>16/02/2011</i>	<i>27/02/2011</i>

Fait à :

Signature et cache du médecin traitant

\*Accoller 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. :