

٢٠١٦٥٩

مصحة  
POLYCLINIQUE

٩٤٤٢

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

MSAOK  
Ahmed

le 16 Oct-24

Cinimical inter

ST à ST

Y. Tariq Genni DT

مصحة درب غلف - زنقة الضمان - الدار البيضاء / Casablanca  
Standard: 05 22 86 30 21 - 05 22 86 01 74 - 05 22 86 36 43 - RDV: 05 22 86 30 20 - fax: 05 22 86 42 05



# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM  
DU MALADE

SADOK Ahmed.

— SERVICE D'HOSPITALISATION  
DU MALADE

Radiologie -

— MEDECIN RESPONSABLE

Dg. Sennoun.

— MOTIF DE L'HOSPITALISATION

— DATE PREVISIBLE DE  
L'HOSPITALISATION

— CAS D'URGENCE  
HOSPITALISTE LE

— PIECE  
JOINTE

1

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

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

16/04/2024

VISA ET  
CACHET  
DE LA  
POLYCLINIQUE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION →

Mupras

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

ANESTHESIE

SALLE D'OPERATION

SOINS INTENSIFS

SURVEILLANCE MEDICALE

EXAMENS

RADIOLOGIE IRM

2200,00

BIOLOGIE

FOURNITURES

PHARMACIE

AUTRES

TOTAL DE L'ESTIMATION

2200,00

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.

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	SADOK Ahmed.
— SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	Radiologie .
— MEDECIN RESPONSABLE	Dg. Sennoun.
— MOTIF DE L'HOSPITALISATION	
— DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
— CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	
— PIECE JOINTE	<input checked="" 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

- AVIS FAVORABLE  
ACCORDE LE \_\_\_\_\_  
  
 AVIS DEFAVORABLE  
MOTIF \_\_\_\_\_

SIGNATURE  
ET CACHET  
DE L'ASSUREUR

DATE

DATE 16/04/2024

VISA ET  
CACHET  
DE LA  
POLYCLINIQUE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION →

Mupras

## 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			
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			

## EXAMENS

RADIOLOGIE IRM 2200,00

BIOLOGIE \_\_\_\_\_

FOURNITURES \_\_\_\_\_

PHARMACIE \_\_\_\_\_

AUTRES \_\_\_\_\_

## TOTAL DE L'ESTIMATION

2200,00

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.

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 da l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que  
l'assuré (e) : .....

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom da médecin traitant :

INPE et code à barres\*:

Dr. Sennoune BY  
Chirurgien Orthopédis  
Polyclinique CNSC  
/ / / / / / / / / / / /

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

Diagnostic et motif des soins :

Antécédents et facteurs de risque :

Cri-musical rire

Examen clinique à l'admission :

Sa genou droit

Résultats des bilans para cliniques :

IRM genou dt

Libellé et nature des soins :

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / / / /

Fait à : .....

Le: / / / / / / / / / /

Signature et cachet du médecin traitant

Dr. Sennoune BY  
Chirurgien Orthopédis  
Polyclinique CNSC  
/ / / / / / / / / / / /

\*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. :