

وصفة  
ORDONNANCE

20169



9442

M<sup>2</sup> SAKOK  
Ahmed

le 16 04-24

Criminological inter  
ST & DT

Y I, EN Genom DT

*[Handwritten signature]*







# 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. Semoun.

— MOTIF DE L'HOSPITALISATION

— DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION

— CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE

— PIECE JOINTE ☒ CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

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 <u>IRM</u>				<u>2200,00</u>
BIOLOGIE				
FOURNITURES				
PHARMACIE				
AUTRES				

TOTAL DE L'ESTIMATION

2200,00

## RESERVE A L'ASSUREUR

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

TOTAL

## A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

— CACHET DE L'EMPLOYEUR

— NOM ET PRENOM DE L'ASSURE

— RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

— NOM ET PRENOM

— DATE DE NAISSANCE

NUMERO DE POLICE

NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE

LIEN DE PARENTE

## 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

16/04/2024

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)

<p>Nom et prénom da l'assuré (e) : .....</p> <p>Numéro d'immatriculation: ..... /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_</p> <p>Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré (e) : ..... Date de naissance du bénéficiaire : ..... /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_</p>	<p>Nom et prénom da médecin traitant : .....</p> <p>INPE et code à barres* : ..... /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_</p>
--	---

*Dr. Sennoune Bi*  
Chirurgien Orthopédis  
Polyclinique CNSS

Date de la consultation: /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Diagnostic et motif des soins :  
.....  
.....

Antécédents et facteurs de risque : *Cri médical inf*

Examen clinique à l'admission : *du 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 Bi*  
Chirurgien Orthopédis  
Polyclinique CNSS

\*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. :