

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

0001286304 1 18/06/1959

BAKRI-NACIRI

MOHAMME (RAM)

122002383

CARDIOLOGIE

05/04/2022

Nom et prénom da l'assuré

SALLE LIT

Numéro d'immatriculation

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

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

BAKRI NACIRI MOHAMME

Date de naissance du bénéficiaire :

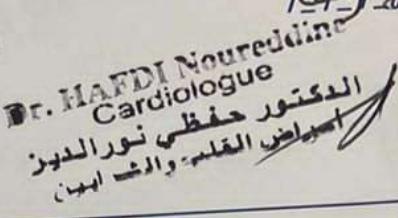
/ / / / / / / / / / / /

Nom et prénom da médecin traitant :

HAFDI Nourredine

INPE et code à barres* :

1991248201-1



Dr. HAFDI Nourredine
Cardiologue
الدكتور حفظي نور الدين
طبيب القلب والشرايين

110918

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

Diagnostic et motif des soins :

AVC s/deg Troubles du langage

Antécédents et facteurs de risque :

HTA Tabagisme

Examen clinique à l'admission :

A physiq TIA Névralg

Résultats des bilans para cliniques :

TDM céréb ACC s/deg

Libellé et nature des soins :

Rapport admi exploratoire ECG
échog T horacoprs Echotom

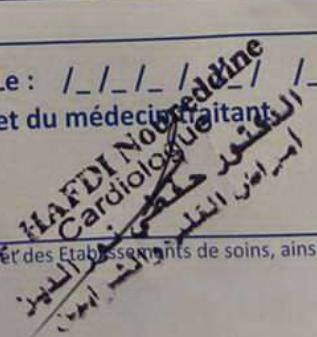
Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
Conduire 04 jours	10/04/2022	/ / / / / / / / / / / /

Fait à :

Casa

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

Signature et cachet du médecin traitant:



Dr. HAFDI Nourredine
Cardiologue
طبيب القلب والشرايين

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

Fax :

Adresse OG :

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

- NOM ET PRENOM DU MALADE	Bakri saïdi Mohamed
- SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	See Cardio.
- MEDECIN RESPONSABLE	Dr Hafsi
- MOTIF DE L'HOSPITALISATION	Ueli gli
- DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
- CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	
- 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

- AVIS FAVORABLE
ACCORDE LE _____
 AVIS DEFAVORABLE
MOTIF _____

SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION



1286304

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION		TOTAL	
FRAIS DE SEJOUR	Nbre Jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT. S. NORMAL	4x 550	2200-
NATURE DES PRESTATIONS			TOTAL
ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE	Échocardi		650-
SALLE D'OPERATION	Échocardiop		600-
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS	TDH		1000-
RADIOLOGIE			160-
BIOLOGIE			300-
FOURNITURES			
PHARMACIE			1000-
AUTRES			
TOTAL DE L'ESTIMATION			8610-
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 2/09/22
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VISA DERB GHALLEF CASABLANCA
CACHET DE LA Service Admission / Facturation
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