



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

118476

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

- NOM ET PRENOM DU MALADE	MOUTAABI Abdellah
- SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	
- MEDECIN RESPONSABLE	DR. M A DAIDOU.
- MOTIF DE L'HOSPITALISATION	
- DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	13/06/22.
- CAS D'URGENCE HOSPITAUXTE LE	
- PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/>

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

118476

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
S. INT.			
S. NORMAL			

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX	cataaracte	60000
ACTES CHIRURGICAUX		
ANESTHESIE		
SALLE D'OPERATION		
SOINS INTENSIFS		
SURVEILLANCE MEDICALE		
EXAMENS		
RADIOLOGIE		
BIOLOGIE		187,00
FOURNITURES		
PHARMACIE		
AUTRES		

TOTAL DE L'ESTIMATION

6687,00

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 09/06/22 POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CONCURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A CE JOUR SOIT DH \_\_\_\_\_  
EN CHIFFRE \_\_\_\_\_  
EN TOUTES \_\_\_\_\_

RESERVE A L'ASSUREUR	
VIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL	
<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE	SIGNATURE

www.gutenberg.org/cache

MUPRAS

MAS



Ref : 733 - 3 - 01

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

**Nom et prénom de l'assuré (e) :**

## MOUNTAIN BIRDS

Numéro d'immatriculation: 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 m 66 68 02

**Nom et prénom du bénéficiaire (autre que**

l'assuré(e) MOUTAUI Abdellah

Date de naissance du bénéficiaire :

10111011121471

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres\* :

*t<sub>1</sub>* *t<sub>2</sub>* *t<sub>3</sub>* *t<sub>4</sub>* *t<sub>5</sub>* *t<sub>6</sub>* *t<sub>7</sub>* *t<sub>8</sub>* *t<sub>9</sub>* *t<sub>10</sub>*

Date de la consultation / / / - / - / - / - / - / - / -

#### **Diagnostic et motif des soins :**

# Cataracte OI

#### **Antécédents et facteurs de risque :**

#### **Examen clinique à l'admission :**

knoo

#### Résultats des bilans para cliniques :

#### **Libellé et nature des soins :**

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
1-1-1 / 1-1-1	1-1-1995	1-1-1995

Fait à :

**Signature et cachet du médecin traitant**

Date de fin

Le conseil des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.

后记

### Adresse OG:

T-81

Note confidentielle  
(à renseigner par le médecin traitant)



CERTIFICAT MEDICAL  
D'ADMISSION

MINISTÈRE DE LA SANTE



DERB GHALLEF

ICP 20

Je soussigné Docteur en Médecine certifie avoir

Examéni le

Mr. Mme MOUTAKI ABDERAMAN m6602

N°C.N.S.S.

Qui présenté

Cataracte OI

L'intéressé

est

doit être

hospitalisé

depuis

le

au

en vue

Durée prévisible du séjour

Sauf complication

Ce présent certificat médical d'admission est établi aux fins de prise en charge

\* Accorder l'étiquette portant l'identification nationale des Professionnels de santé et des Établissements de soins, ainsi que le code à barres.

Fax :

Adresse QG :