

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

118476

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE: MOUTA KI Abdelhak

SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE: _____

MEDECIN RESPONSABLE: DR. MADAIDOU.

MOTIF DE L'HOSPITALISATION: _____

DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION: 13/06/22.

CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE: _____

PIECE JOINTE ☐ CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

UnPRAS.

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	<u>cataracte</u>		<u>60000</u>
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS			
RADIOLOGIE			
BIOLOGIE			<u>187,00</u>
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

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

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

VIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

AVIS FAVORABLE ☐ SIGNATURE: _____

Tél.:

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي
WIGHALSH
CNSS
La devise de tous protège

CERTIFICAT MEDICAL
D'ADMISSION

الطبيب المعالج
Médecin traitant



درب غاليف
DERB GHALIF

ICP 20

Je soussigné Docteur en Médecine certifie avoir

Examiné le

Mr. Mme

MOUTAKI ABDELHAB M^{le} 0802

N°C.N.S.S.

Qui présente

Cataracte OD

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