

REPLIR PAR LA POLYCLINIQUE		POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF		128059	
NOM ET PRENOM DU MALADE	Aariza Mohamed	NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION		MURAS	
SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	Sec Chirurgie	ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION		RESERVE A L'ASSUREUR	
MEDECIN RESPONSABLE	Dr El Neel	FRAIS DE SEJOUR		% DE REMBOURSEMENT	
MOTIF DE L'HOSPITALISATION	Voie pli	DUREE PROBABLE		Montant P. EN CHARGE	
DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION		NATURE DES PRESTATIONS		Cts	
CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE		COTAT.		TOTAL	
CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL		ACTES MEDICAUX		TOTAL	
REPLIR PAR L'EMPLOYEUR		ACTES CHIRURGICAUX		TOTAL	
NUMERO DE POLICE		ANESTHESIE		TOTAL	
NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE		SALLE D'OPERATION		TOTAL	
PRENOM		SOINS INTENSIFS		TOTAL	
REMARKS CONCERNANT LE MALADE		SURVEILLANCE MEDICALE		TOTAL	
LIEN DE PARENTE		EXAMENS		TOTAL	
VE A L'ASSUREUR		RADIOLOGIE		TOTAL	
QUE DU MEDECIN CONSEIL		BIOLOGIE		TOTAL	
ORABLE		FOURNITURES		TOTAL	
E LE		PHARMACIE		TOTAL	
AVORABLE		AUTRES		TOTAL	
SIGNATURE ET CACHET DE L'ASSUREUR		TOTAL DE L'ESTIMATION		TOTAL	
DATE		CETTE ESTIMATION N'EST ETABLIE QU'A TITRE INDICATIF ET EST SUSCEPTIBLE DE MODIFICATION EN CAS DE PROLONGATION JUSTIFIEES DE L'HOSPITALISATION OU EN CAS DE COMPLICATION.		PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CONCURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A CE JOUR SOIT DH	
DATE		DATE		EN CHIFFRE	
DATE		VISA ET CACHET DE LA POLYCLINIQUE		EN TOUTES LETTRES	
DATE		VISA ET CACHET DE L'ASSUREUR		VISA ET CACHET DE L'ASSUREUR	

Note confidentielle
(A renseigner par le médecin traitant)

Assuré (e) :

Matriculation :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

/ / / / / / / / / /

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478

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

Diagnostic et motif des soins :

Dysfonctionnement avec l'impotence

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Echographie prostatique

Libellé et nature des soins :

RTE AP 2120

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

Fait à :

Docteur Hamza EL NEIL
Signature et cachet du médecin traitant
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478

* 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. :

CASABLANCA LE 05/08/2022

COMPTE RENDU CYSTOSCOPIE

Mr MUSTAPHA AARIZA

EN POSITION DE TAILLE

ANESTHESIE LOCALE A LA LIDOCAINE GEL 2%

INTRODUCTION DU CYSTOSCOPE SOUPLE STORZ

L'EXPLORATION RETROUVE UN COL VESICAL HYPERTONIQUE AVEC DEUX
PETITS POLYPES QUI PEUVENT EXPLIQUER L'HEMATURIE INITIALE
VESSIE DE LUTTE MULTIDIVERTICULAIRE

MEATS URETERAUX VUS

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tel: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478

CERTIFICAT MEDICAL
D'ADMISSION

مصحة
POLYCLINIQUE



درب غلف
DERB GHALLEF

Réf : 7

traitant :

Je soussigné Docteur en Médecine certifié avoir

Examiné le

Mr. Mme

N°C.N.S.S.

Qui présenté

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

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue

Tél.: 06 56 20 62

INPE 00947864,8

Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

/ / / / / / / / / /

/ / / / / / / / / /