

128957

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

CRD

DA Enfant

3) Traitement envisagé et actes :

LAAL2 rep

en PEXARAL

Colobane

2) Durée prévisible du traitement :

7 jours en Rén

1 jour en MA

A

LE

Dr NOURE TAOUFIK

Cardiologue

Signature



AVIS FAVORABLE  
ACCORDE LE

SIGNATURE  
ET CACHET  
DE L'ASSUR

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE INARA II

5 Lignes  
Prépayé

APPRUÉ PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM  
DU MALADE

Chabert PATIMA

SERVICE D'HOSPITALISATION  
DU MALADE

MEDICIN RESPONSABLE

MOTIF DE L'HOSPITALISATION

DATE PREVISIBLE DE  
L'HOSPITALISATION

CAS D'URGENCE  
HOSPITALISTE LE

PIECE  
JOINTE

☐ CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

## 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

PARENTÉ

## 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

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR

DUREE PROBABLE

NATURE DES PRESTATIONS

ACTES MEDICAUX

ACTES CHIRURGICAUX

ANESTHESIE

SALLE D'OPERATION

SORGS INTENSIFS

SURVEILLANCE MEDICALE

EXAMENS

RADIOLOGE

BIOLOGIE

FOURNITURES

PHARMACE

AUTRES

TOTAL DE L'ESTIMATION

DATE

VISA ET  
CACHET  
DE LA  
POLYCLINIQUE

RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REM  
BOURSEMENT

Montant  
à EN CHARGE  
du

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A COM-  
CURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A

EN CHIFFRE

EN TOUTES

LETTRES

VISA ET  
CACHET  
DE L'ASSUREUR

16109184 TOTAL

223484

369

659

16109184

223484

369

659

16109184

223484

369

659

16109184

223484

369

659

16109184

223484

369

659

16109184