

SETTAT Le :

03/03/22

NOM :

PRENOM :

MEDECIN TRAITANT : DR. EL BRINI

Anafloue Fatima Zahra

### COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

⚡ Grossesse monofœtale évolutive estimée à SA selon la biométrie  
foetale :

37 sm

❖ BIP :

❖ LF :

Seige

- ⚡ Activités cardiaque et foetale présentes
- ⚡ Liquide amniotique en quantité suffisante
- ⚡ Placenta fundique normalement inséré
- ⚡ Présentation céphalique

Obstétricienne  
Dr. EL BRINI JIHANE

DR. EL BRINI

**Note confidentielle**  
(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / / /

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\* :

/ / / / / / / / / / /

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

Diagnostic et motif des soins :

Hypertension artérielle

Antécédents et facteurs de risque :

Diabète Gestationnel

Examen clinique à l'admission :

Cu 0 Hve = 33 ans  
Col ferme Br Sève

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

Hypertension artérielle + Sève + Diabète  
Gestationnel Prophylactique (K100)

Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

/ / / / / / / / / / /

/ / / / / / / / / / /

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin traitant

\*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. :



## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Réf. 99-11-003

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE A

MUPRAS.

106617

0696075447

ME 6181

## A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

- NOM ET PRENOM DU MALADE **ANAFLOUS FATIMA EZZAARA**

- SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE **MATernité**

- MEDECIN RESPONSABLE **Dr. EL Brimi Jihane**

- MOTIF DE L'HOSPITALISATION **Cesarienne**

- DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION **10/03/2022**

- CAS D'URGENCE HOSPITALISE LE

- PIECE JOINTE ☒ CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

## 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         | K100   |       | 8009,00 |

ACTES CHIRURGICAUX

ANESTHESIE

SALLE D'OPERATION

SOINS INTENSIFS

SURVEILLANCE MEDICALE

## EXAMENS

RADIOLOGIE

BIOLOGIE

## FOURNITURES

PHARMACIE

AUTRES

## TOTAL DE L'ESTIMATION

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

03/03/2022

VISA ET  
CACHET  
DE LA  
POLYCLINIQUE



## RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REM.  
BOURSEMENT

M

P. E

D

## 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

## AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

☐ AVIS FAVORABLE  
ACCORDE LE

☐ AVIS DEFAVORABLE  
MOTIF

SIGNATURE  
ET CACHET  
DE L'ASSUREUR

DATE

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CONCUR

DU SOLDE DU PLAFOND A

CE JOUR SOIT DH

EN CHIFFRE

EN TOUTES

LETTRES

VISA ET  
CACHET  
DE L'ASSUREUR

