

SETTAT Le :

03/03/22

NOM : *Anafloue*
PRENOM : *Fatima* *Settat*
MEDECIN TRAITANT : DR. EL BRINI

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

✚ Grossesse monofœtale évolutive estimée à SA selon la biométrie fœtale :

37SA

❖ BIP :
❖ LF :

Siege

- ✚ Activités cardiaque et fœtale 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)) : *Anaflouy Fethia*

Date de naissance du bénéficiaire :

/ - / - / - / - / - / - /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :

/ - / - / - / - / - / - /

Diagnostic et motif des soins :

II paue Unicatibel

Antécédents et facteurs de risque :

Déabète Gestational

Examen clinique à l'admission :

Pr Ø Hte = 33 cm Br Seuge col flue

Résultats des bilans para cliniques :

*Unicatibel + Seuge + Diabète
Césarienne Prophylactique (K100)*

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

Fait à : Le : / - / - / - / - / - /

Signature et cachet du médecin traitant

*Accoller 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

106617

MUPRAS.

P

0696075447

MC 6181

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

- NOM ET PRENOM DU MALADE **ANAFLOU'S FATIMA EZZAIRA**
- SEVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE **MATernité**
- MEDECIN RESPONSABLE **Dr. EL Brimi Jilhane**
- MOTIF DE L'HOSPITALISATION **Le sarienne**
- DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION **10/03/2022**
- CAS D'URGENCE HOSPITALISE LE
- PIECE JOINTE

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

CACHET DE L'EMPLOYEUR	NUMERO DE POLICE
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE	NUMERO D'AFFILIATION 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

DATE

03/03/2022

VISA ET CACHET DE LA POLYCLINIQUE



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		8000,00
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.

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

EN CHIFFRE _____

EN TOUTES _____

LETTRES _____

VISA ET
CACHET
DE L'ASSUREUR

% DE REM. BOURSEMENT	M. E