

Casablanca le. 20/04/2022

112278

cause et circonstance.

MUPRAS - Royal Air Maroc



Objet : Demande de Prise en Charge

Madame , Monsieur

je soussigné Monsieur Mohamed EUATHALI , ayant le matricule  
N° 8334 , demeurant au 24 Résidence El Gharbaoui , étage 4 , N° 8

Casablanca .

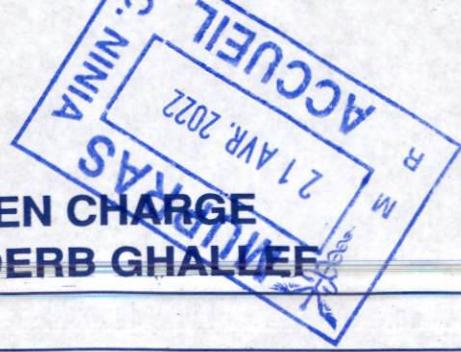
Pour la présente lettre , je souhaite vous informer de l'accident  
domestique dont j'ai été victime le 20/04/2022 à mon  
domicile (24 Résidence El Gharbaoui , étage 4 , N° 8 , Casablanca )  
et souhaite être pris en charge pour les frais de mon hospitalisa-  
tion pour la MUPRAS .

je vous serais reconnaissant de bien vouloir procéder au  
règlement de cette hospitalisation dans les meilleurs délais .

je vous remercie par avance et vous prie de bien vouloir agréer ,  
Madame , Monsieur , l'expression de ma plus haute considération .

EUATHALI MOHAMED

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE  
POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF



A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM DU MALADE	Ettahali Yassine
— SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	Nebecine
— MEDECIN RESPONSABLE	Dr Bensahune
— MOTIF DE L'HOSPITALISATION	Jaix de
— DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
— CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	
— PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/>

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



VISA ET  
CACHET  
DE LA  
POLYCLINIQUE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

DUREE PROBABLE	FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
	S. INT.	S. NORMAL		
				10 550 5500-

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX	DR	2200-
ACTES CHIRURGICAUX	libre	1000-
ANESTHESIE	Echographie	200-

SALLE D'OPERATION

SOINS INTENSIFS	700	2000-
-----------------	-----	-------

SURVEILLANCE MEDICALE

EXAMENS

RADIOLOGIE	
BIOLOGIE	3500-

FOURNITURES

PHARMACIE	
AUTRES	5000-

TOTAL DE L'ESTIMATION

19400-

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.

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CON-

CURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND

CE JOUR SOIT DH \_\_\_\_\_

EN CHIFFRE \_\_\_\_\_

EN TOUTES \_\_\_\_\_

LETTRES \_\_\_\_\_

VISA ET  
CACHET  
DE L'ASSUREUR

MAS



Réf : 713 - 3 - 01

## Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres\* :

D9102861472

Nom et prénom du bénéficiaire (au

l'assuré(e) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / /

0001289274 1 01/01/1955

ETTAHALI MUP

MOHAMED

122002689

20/04/2022 MED.INTERNE-PNEUMO-RHUMAT

SALLE 303 LIT 303P

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / /

Diagnostic et motif des soins :

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

Antécédents et facteurs de risque :

Fréquence de la grippe - Maladie de la grippe dans la famille

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

IRM abdominale sous anesthésie générale

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
Mois	26/04/2022	/ / / / / / / /

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. :