

Assurance Maladie Obligatoire

DP : 1302363

Réf : 713 - 3 - 01

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :
MANOURA ZATHRA

Numéro d'immatriculation:

1_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) :

Date de naissance du bénéficiaire :

1_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres* :



Date de la consultation: 11/7/2012

Diagnostic et motif des soins :

Accident aux A.R.K.
(Hématome de la jambe gauche).

Antécédents et facteurs de risque :

H.D.A.
T.M.I. de la N.I.C.

Examen clinique à l'admission :

Hématome de la jambe gauche.

Résultats des bilans para cliniques :

OTG 2 HNC gaucher TAO
B20, vélus TGA

Libellé et nature des soins :

soins médicaux et siège et nodus.

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
SUIC = 03 jours	11/7/2012	11/10/2012
SUCCORDIO = 07 jours		

Fait à : Casablanca Le : 11/10/2012

Signature et cachet du médecin traitant

A handwritten signature is followed by a circular stamp containing the text 'DR CHAIBI DRIPSI' and '11/10/2012'.

*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. :

UL: 953
Tel: 0661420824



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

<p>— NOM ET PRENOM DU MALADE</p> <p>— SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE</p> <p>— MEDECIN RESPONSABLE</p> <p>— MOTIF DE L'HOSPITALISATION</p> <p>— DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION</p> <p>— CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE</p> <p>— PIECE JOINTE</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL</p>	

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

<p>- CACHET DE L'EMPLOYEUR</p> 	<p>NUMERO DE POLICE</p> 
<p>NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE</p> 	
<p>- NOM ET PRENOM DE L'ASSURE</p> 	
<p><u>RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE</u></p>	
<p>- NOM ET PRENOM</p> 	<p>LIEN DE PARENTE</p> 
<p>- DATE DE NAISSANCE</p> 	

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL
<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE ACCORDE LE _____
<input type="checkbox"/> AVIS DÉFAVORABLE MOTIF _____

SIGNATURE
ET CACHET *
DE L'ASSUREUR

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 20/6/22
VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

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