

Assurance Maladie Obligatoire

IDP : 1302363

Réf : 713 - 3 - 01

## Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré(e) :

MANCUEZ ZAHRA

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 : 11/7/24 12h14

Diagnostic et motif des soins :

Accident aux AVE  
Hématome de la jambe gauche

Antécédents et facteurs de risque :

HTA  
TVL de 11 G

Examen clinique à l'admission :

Hématome de la jambe gauche

Résultats des bilans para cliniques :

BT 2 HVC 62 g/l  
B10 500 TSA

Libellé et nature des soins :

M médical et S et nodu

Durée prévisible des soins

Date de début

Date de fin

Suegic = 03 jours

Suecadio = 07 jours

11/7/24 12h14

/ / / / / / / / / /

Fait à :

Case

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. :



ML: 953  
Tel: 0661420824



## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

### A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM  
DU MALADE

— SERVICE D'HOSPITALISATION  
DU MALADE

— MEDECIN RESPONSABLE

— MOTIF DE L'HOSPITALISATION

DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION

## CAS D'URGENCE

— **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.	03	1000	3000
	S. NORMAL	07	550	3850

NATURE DES PRESTATIONS	COTAT.	P. U.	TOTAL
------------------------	--------	-------	-------

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE <i>E. K. Doppler</i>			600-
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS <i>Chamber</i>			650-
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS			
RADIOLOGIE			500-
BIOLOGIE			4500-
FOURNITURES			
PHARMACIE			2500-
AUTRES			
TOTAL DE L'ESTIMATION			15600-

## RESERVE A L'ASSUREUR

[illegible]

### 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 D'FAVORABLE  
MOTIF

**SIGNATURE  
ET CACHET \*  
DE L'ASSUREUR**

DATE \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

VISA ET  
CACHET  
DE LA  
POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CON-  
 CURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A  
 CE JOUR SOIT DH \_\_\_\_\_  
 EN CHIFFRE \_\_\_\_\_  
 EN TOUTES \_\_\_\_\_  
 LETTRES \_\_\_\_\_

**VISA ET  
CACHET  
DE L'ASSUREUR**