

Tel : 06 61 42 08 24

NL: 953

Assurance Maladie Obligatoire

IP : 1302363 CRSS

Réf : 713 - 3 - 01

مصحة POLYCLINIQUE



Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) : **MANGUER Zalma**

Numéro d'immatriculation:

1_1_1_1_1_1_1_1_1

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

Date de naissance du bénéficiaire :

1_1_1_1_1_1_1_1_1

Nom et prénom du médecin traitant : **KARIM HAFDI**

INPE et code à barres* :

1_1_1_1_1_1_1_1_1

Dr. Karim HAFDI
Cardiologue
...P. Service Soins intensifs
Cardiologie

Diagnostic et motif des soins:

Accident. Hemorragie que avec Anti Ret K.

Antécédents et facteurs de risque :

HTA a. Diabète ☺ **Insuffisance Rend du coeur**
Embolie pulmonaire

Examen clinique à l'admission :

ATCO d'Erysipèle compliquée d'Infection urinaire
de la jambe

Résultats des bilans para cliniques :

avec INR > 8. recul**ATCO de la maladie**

Libellé et nature des soins :

Scans de la tête**ATCO de la maladie****Echo Coeur****Echo TS****ATCO de la tête**

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
8IC = 03 mois Cardio = 18 mois	11/11/2014 12:00:00	10/11/2015 12:00:00

Fait à : **CASA** Le : 1_1_1_1_1_1_1_1_1

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. :

A MUL et RHEGLA

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

-- NOM ET PRENOM DU MALADE	MANSOUR Zahra
— SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	USTE + Cardia
— MEDECIN RESPONSABLE	DR HAFED
— MOTIF DE L'HOSPITALISATION	Varice
— DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
— CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	17/06/2022
— PIECE JOINTE	02

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	18 / 550	9900	

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX	Echographie	03	600	1800
ACTES CHIRURGICAUX	R20			0000
ANESTHESIE	Echocardiogramme		650	
SALLE D'OPERATION	TDD		1000	
SOINS INTENSIFS	Anjisc		800	

SURVEILLANCE MEDICALE

EXAMENS

RADIOLOGIE		
BIOLOGIE		3500

FOURNITURES

PHARMACIE		
AUTRES	Hospitalisage	06 / 8505700

TOTAL DE L'ESTIMATION

32750+

RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REM- BOURSEMENT	Montant P. EN CHARGE
DH	Cts

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

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

- AVIS FAVORABLE
ACCORDE LE _____
- AVIS DEFAVORABLE
MOTIF _____

SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

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