



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

Mupras

135539

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM DU MALADE	QANDIL FATIMA
— SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	HUSC
— MEDECIN RESPONSABLE	Dr CHAHIR
— MOTIF DE L'HOSPITALISATION	Voir le Pli
— DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	12/11/22
— CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	
— PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/> 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.	12	1000	12000
	S. NORMAL	4	550	2200

NATURE DES PRESTATIONS		COTAT.	P. U.	TOTAL
ACTES MEDICAUX				
ACTES CHIRURGICAUX				
ANESTHESIE				
SALLE D'OPERATION				
SOINS INTENSIFS	Echographie			650
SURVEILLANCE MEDICALE	EchogR			200
EXAMENS	E			
RADIOLOGIE	ISDM	2	1000	2000
BIOLOGIE				3146
FOURNITURES				
PHARMACIE				1178,14
AUTRES	Sang	2	360	720
TOTAL DE L'ESTIMATION				22094,14
TOTAL				

Cette estimation n'est établie qu'à titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifiées de l'hospitalisation ou en cas de complication.



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

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