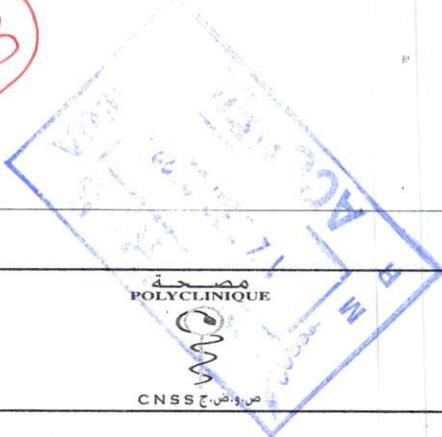
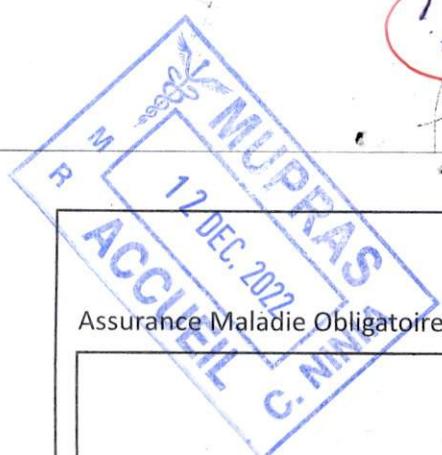


40493

TTL: 8587

0658494209



Assurance Maladie Obligatoire



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 bénéficiaire (autre que l'assuré(e)) : Zahra Tounia

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Nom et prénom du médecin traitant :

INPE et code à barres\* :

/ / / / / / / / / /

**Dr. DOUYEB Med Amine**  
**Chirurgien**  
 Rue Med Baamrani Hay Chabab Ain Sebaâ  
 Casablanca - Tel: 06.77.66.60.13  
[www.douyeb-med.com](http://www.douyeb-med.com)

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

Diagnostic et motif des soins :

cholécystite

Antécédents et facteurs de risque :

Examen clinique à l'admission :

Résultats des bilans para cliniques :

Libellé et nature des soins :

cholécystectomie coelio K720

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
03 J	12/12/2021	/ / / / / / / / / /

Fait à : Casablanca Le : 12/12/2021

Signature et cachet du médecin traitant  
**Dr. DOUYEB Med Amine**  
**Chirurgien**  
 Rue Med Baamrani Hay Chabab Ain Sebaâ  
 Casablanca - Tel: 06.77.66.60.13  
[www.douyeb-med.com](http://www.douyeb-med.com)

\*Accoller l'étiquette portant l'Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins, ainsi que le code à barres.



## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

avec de l'ail SVP

### A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM  
DU MALADE

ZALI R H - TouRia

— SERVICE D'HOSPITALISATION  
DU MALADE

chirurgie

— MEDECIN RESPONSABLE

Dr Douyeb

— MOTIF DE L'HOSPITALISATION

Voir pt.

— DATE PREVISIBLE DE  
L'HOSPITALISATION


— CAS D'URGENCE  
HOSPITALISTE LE


— PIECE  
JOINTE

--

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

### NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION



### ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
	S. INT.	S. NORMAL	
DUREE PROBABLE			

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

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX	K120	7500,00	7500,00
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS			
RADIOLOGIE			160,00
BIOLOGIE			1000,00
FOURNITURES			
PHARMACIE			
AUTRES			
TOTAL DE L'ESTIMATION			8660,00
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.

DATE

18-12-2022

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