

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM DU MALADE	<i>Emile Labey</i>
— SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	<i>Si + Canji</i>
— MEDECIN RESPONSABLE	<i>Dr Alain</i>
— MOTIF DE L'HOSPITALISATION	<i>Voi pli</i>
— DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
— CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	
— PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/>
CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL	

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

1309233

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR	
- CACHET DE L'EMPLOYEUR	NUMERO DE POLICE <input type="text"/>
- NOM ET PRENOM DE L'ASSURE	NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE <input type="text"/>
- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE	
- NOM ET PRENOM <input type="text"/>	LIEN DE PARENTE <input type="text"/>
- DATE DE NAISSANCE <input type="text"/>	

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

AVIS FAVORABLE
ACCORDE LE _____

AVIS DÉFAVORABLE
MOTIF _____

**SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR**

DAT

ESTIMATION DU COST DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR		Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT.	6	1000	6000
	S. NORMAL	8	500	3300 -

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

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE	Echoloc.		650+
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS	Echo de 15		600+

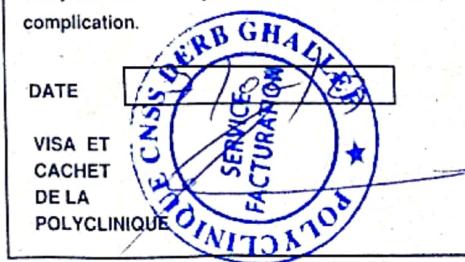
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS	124	2	29.00 4400-
RADIOLOGIE			160-
BIOLOGIE			35.00-
FOURNITURES			8.000-
PHARMACIE			20.00-
AUTRES			

TOTAL DE L'ESTIMATION

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.

1



VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLIN

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

MAS



Réf : 713 - 3 - 01

Note confidentielle

(A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré(e) : *Emmanuel RHEA*

Nom et prénom du médecin traitant :

Numéro d'immatriculation :

1_1_1_1_1_1_1_1_1_1

INPE et code à barres* :

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*Date de la consultation *10/01/2013*

Diagnostic et motif des soins :

Decompensation cardiaque.

Antécédents et facteurs de risque :

*HISTO AFA**Hypertension*

Examen clinique à l'admission :

*- Angor à la charge.**- Douleurs vésicales**ORTIC*

Résultats des bilans para-cliniques :

Schéma AECG

Libellé et nature des soins :

*A hospitaliser pour traitement**et surveillance**Echo-coronarographie*

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
<i>Service - 05 jours</i>	<i>10/01/2013</i>	<i>15/01/2013</i>

Fait à : <i>Casa</i>	Le : <i>1_1_1_1_1_1_1_1_1</i>
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. :

CODE

OBSERVATIONS ET TRAITEMENTS

DATES