

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM  
MALADE

IBRAHIM RAKKANE Aïcha

ADRESSE  
MALADE

See Mebeu

MEDecin RESPONSABLE

Dr Taktak

DATE DE L'HOSPITALISATION

01/01/2010

TYPE DE PREVISIBLE DE  
HOSPITALISATION

URGENCE  
HOSPITALISTE LE

TE

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

NOM ET DE  
EMPLOYEUR

NUMERO DE POLICE

NOM ET PRENOM  
ASSURE

NUMERO D'AFFILIATION  
DE L'ASSURE

REMARQUES CONCERNANT LE MALADE

NOM ET  
PRENOM

LIEN  
DE  
PARENTE

DE  
FAMILLE

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS FAVORABLE  
ACCORDE LE

AVIS DEFAVORABLE  
MOTIF

SIGNATURE  
ET CACHET  
DE L'ASSUREUR

DATE

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

11009786

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT.		
	S. NORMAL	12 x 550	6600

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX

ACTES CHIRURGICAUX

ANESTHESIE

SALLE D'OPERATION

SOINS INTENSIFS

SURVEILLANCE MEDICALE

EXAMENS

RADIOLOGIE

BIOLOGIE

FOURNITURES

PHARMACIE

AUTRES

TOTAL DE L'ESTIMATION

13700,1

RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REM-  
BOURSEMENT

Montant  
P. EN CHARGE  
DH Cts

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

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



NOTE CONFIDENTIELLE  
DU MEDECIN TRAITANT

IBN KAKKANE AICHM

1) Date de la constatation de l'état de malade :

17/10/2012

2) Renseignements cliniques sommaires :

EREPIRELE AU MEMBRE INF  
GAUCHE

3) Traitement envisagé et actes :

AUGMENTIN 3G/5  
FLAGYL 500 1G/5  
doins lo CAUX

2) Durée prévisible du traitement :

DOUZE JOURS (12J)

A CASA LE 24/10/2012

Signature

Dr. Mohamed Tak Tak  
Spécialiste de Médecine Interne  
17, Place Charles de Gaulle, Casablanca  
Tél : 0539 87 02 03 04  
Email : m.tak@polyclinique.ma