

مصحة
POLYCLINIQUE

الإدارة
INARA

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE
 SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE
 MEDECIN RESPONSABLE
 MOTIF DE L'HOSPITALISATION
 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
DUREE PROBABLE	S. INT			
	S. NORMAL	03	500	1500

NATURE DES PRESTATIONS	COTAT	P	U	TOTAL
ACTES MEDICAUX				
ACTES CHIRURGICAUX				
ANESTHESIE				
SALLE D'OPERATION				
SOINS INTENSIFS				
SURVEILLANCE MEDICALE				
EXAMENS <i>Echographie</i>				<i>610,00</i>
RADIOLOGIE				
BIOLOGIE				<i>1500,00</i>
FOURNITURES				
PHARMACIE				<i>1500,00</i>
AUTRES <i>(Sauf compléments)</i>				
TOTAL DE L'ESTIMATION				<i>5300,00</i>

[illegible]

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

- CACHET DE L'EMPLOYEUR		NUMERO DE POLICE	
		NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE	
- NOM ET PRENOM 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 _____

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 08/02/2021

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



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

0000945266 2 28/12/1962

KHIATE

FATIMA

123000685

MEDECINE

SALLE LIT

08/02/2023

E
T

Dr IBNOU SOUFYANE Nadia
Médecin Endocrinologue
Diabétologue

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

2) Enseignements cliniques sommaires :

Obésité
+ Glucose élevé
+ SD Buendia

3) Traitement envisagé et actes :

Insuline
Zil

Actes

2) Durée prévisible du traitement :

Signature

A

LE

Signature

Dr IBNOU SOUFYANE Nadia
Médecin Endocrinologue
Diabétologue