المملكة المغربية
Royaume du Maroc

CNSS

148776

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
POLYCLINIQUE INARA II

POLYCLINIQUE
الإنارة II
INARA II

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

- NOM ET PRENOM DU MALADE: Kitiate fatima
- SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE: Med
- MEDECIN RESPONSABLE: ch
- MOTIF DE L'HOSPITALISATION: non
- 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	2	550	1100

NATURE DES PRESTATIONS	COTAT	P U	TOTAL
ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE	2 echo		400
EXAMENS	echodoppler		650
RADIOLOGIE			160
BIOLOGIE			1738
FOURNITURES			
PHARMACIE			156,62
AUTRES			
TOTAL DE L'ESTIMATION			4204,62

RESERVE A L'ASSUREUR		
% DE REMBOURSEMENT	Montant P EN CHARGE DH	Cts
TOTAL		

Cette estimatiob n'est établie qu'a titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifieés de l'hopitalisation ou en cas de complication

DATE 10/02/2023

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

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