

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

163558

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

NOM ET PRENOM DU MALADE: ELAIL - HASSAN

SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE: cardio-vasc

MEDECIN RESPONSABLE: Dr KADI

MOTIF DE L'HOSPITALISATION: Voir Pli

DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION:

CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE: 31-05-2023

PIECE JOINTE: ☐ CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

M. Pras

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR	Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT. 05j		5000,00
	S. NORMAL 05j		2750,00

NATURE DES PRESTATIONS

COTAT.	P. U.	TOTAL
ACTES MEDICAUX		
ACTES CHIRURGICAUX		
ANESTHESIE		
SALLE D'OPERATION		
SOINS INTENSIFS		
SURVEILLANCE MEDICALE		
EXAMENS		
RADIOLOGIE		3000,00
BIOLOGIE		3000,00
FOURNITURES		
PHARMACIE		2500,00
AUTRES		

TOTAL DE L'ESTIMATION

16250,00

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

02-06-2023

VISA ET CACHET DE LA POLYCLINIQUE



SIGNATURE ET CACHET DE L'ASSUREUR

DATE

RESERVE A L'ASSUREUR

AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

☐ AVIS FAVORABLE ACCORDE LE

☐ AVIS DEFAVORABLE MOTIF

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

Note confidentielle (A renseigner par le médecin traitant)

Nom et prénom de l'assuré (e) :

Nom et prénom du médecin traitant :

Numéro d'immatriculation:

/ / / / / / / / / /

INPE et code à barres* :

PB112111941814

Nom et prénom du bénéficiaire (autre que

l'assuré(e) :

Date de naissance du bénéficiaire :

/ / / / / / / / / /

Date de la consultation: B14-D15 12/02/31

Diagnostic et motif des soins :

Décompensation cardiaque globale sur CIV à FC
réducte, FEVG = 35%

Antécédents et facteurs de risque :

Hypertension artérielle / Cardiopathie ischémique non
révélée

Examen clinique à l'admission :

Décompensation cardiaque / Pouls crépitant sur 5 DAP
DMI bilatérale

Résultats des bilans para cliniques :

ECG: RRB / ESI / Q de M

Libellé et nature des soins :

Hosp. URG / Lactose SAP IV / Lavage / Montbraye
FC / PA / SaO2

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /

Fait à :

Cesablenca

Le :

PB1-D16 12/02/31

Signature et cachet du médecin traitant

Dr. KADI Anis
Cardiologue

05 64 41 57 72

* Accoler 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. :