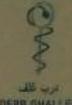


DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

163558



A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

- NOM ET PRENOM DU MALADE **EL AIL - HASSAN**
- SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE **cardio a usic**
- MEDECIN RESPONSABLE **DR KADI**
- MOTIF DE L'HOSPITALISATION **Voir pl.**
- DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION
- CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE **31-05-2023**
- PIECE JOINTE

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

CACHET DE L'EMPLOYEUR

NUMERO DE POLICE

NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE

LIEN DE PARENTE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

NOM ET PRENOM

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

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

DUREE PROBABLE	FRAIS DE SEJOUR	Nbre Jour	P.U.	TOTAL
	S. INT.	05/05	5000,00	2500,00
S. NORMAL	05/05			2750,00

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX

ACTES CHIRURGICAUX

ANESTHESIE

SALLE D'OPERATION

SOINS INTENSIFS

SURVEILLANCE MEDICALE

EXAMENS

RADIOLOGIE 3 000,00

BIOLOGIE 3 000,00

FOURNITURES

PHARMACIE 2 500,00

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

09-05-2023

VISA ET CACHET DE LA POLYCLINIQUE

PRISE EN CHARGE ACCORDÉE 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) :

Numéro d'immatriculation:

1_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

Nom et prénom du médecin traitant :

Dr. KADI Anis

INPE et code à barres* :

PB11211941814

Date de la consultation: B11-1151 12/01/13

Diagnostic et motif des soins :

Décompensée cardiaque globale sur CHF à Fe
réactive + FEVG = 30%

Antécédents et facteurs de risque :

Hypertension artérielle / Cardiopathie ischémique non
réversible

Examen clinique à l'admission :

Décompensée cardiaque / Râles crépitants abso

Résultats des bilans para cliniques :

ECG: RR8 / ESV / Q de nég

Libellé et nature des soins :

Hosp. 1er/1/2013 SAP IV / Laxatif / Mort brûlé
FC/PA/SA/ox

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
	1_1_1_1_1_1_1_1_1	1_1_1_1_1_1_1_1_1

Fait à : Cessabancia Le : PB1-1151 12/01/13

Signature et cachet du médecin traitant

Dr. KADI Anis
Cardiologue
0654415772

* 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. :