

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE INARA II

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM
DU MALADE

Belkacem el RHA

— SERVICE D'HOSPITALISATION
DU MALADE

chouhal

— MEDECIN RESPONSABLE

Med

— MOTIF DE L'HOSPITALISATION

Varicelle

— DATE PREVISIBLE DE
L'HOSPITALISATION

— CAS D'URGENCE
HOSPITALISTE LE

— 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.	S. NORMAL		
		1	550	550

NATURE DES PRESTATIONS COTAT. P. U. TOTAL

ACTES MEDICAUX				
ACTES CHIRURGICAUX				
ANESTHESIE				
SALLE D'OPERATION				
SOINS INTENSIFS				
SURVEILLANCE MEDICALE				

EXAMENS				
RADIOLOGIE				160
BIOLOGIE				1700
FOURNITURES				
PHARMACIE				200
AUTRES				

TOTAL DE L'ESTIMATION

2610

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 05/10/2023
CNSS
Admission
Facturation
POLYCLINIQUE INARA II

VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

ML: 333
0664 1978 28

144287

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

07/01/2023

01/01/1941

POLY
VOTRE SANTE, NOTRE PRIORITE

INARA II

0000940826 2 01/01/1941
BELKRET
EL RHALIA PC ASS
123000109 07/01/2023
MEDECINE
SALLE LIT

LLE
ANT

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

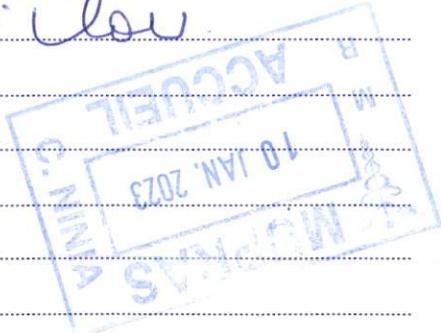
07-01-23

2) Renseignements cliniques sommaires :

Déterioration respiratoire
TDY thoracique
Covid 19

3) Traitement envisagé et actes :

Hospitalisé



2) Durée prévisible du traitement :

1 jour

A

LE

Dr BOUHAL Samir
Anesthésie Réanimation

Signature



Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur: