

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE INARA II

ML: 333
0664 1972 28

144287



A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

— NOM ET PRENOM DU MALADE Belkret el RHA liane

— SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE clouhal

— MEDECIN RESPONSABLE med

— MOTIF DE L'HOSPITALISATION voir li

— 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	1	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

RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REM-BOURSEMENT	Montant P. EN CHARGE DH	Cts
---------------------	-------------------------	-----

TOTAL

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

— CACHET DE L'EMPLOYEUR

— NOM ET PRENOM DE L'ASSURE

— RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

— NOM ET PRENOM LIEN DE PARENTE

— DATE DE NAISSANCE

NUMERO DE POLICE

NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE

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 justifiées de l'hospitalisation ou en cas de complication.

DATE

03/10/2023

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

07/01/2023

01/01/1941

0000940826 2 01/01/1941

BELKRET

EL RHALIA PC ASS

123000109

07/01/2023

MEDECINE

SALLE LIT

LLE
ANT

POL)
VOTRE SANTE, NOTRE PRIORITE

INARA II

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

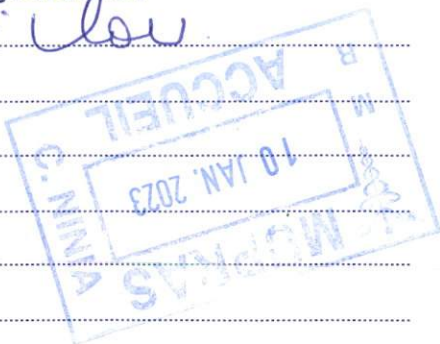
07-01-23

2) Renseignements cliniques sommaires :

Secheuse respiratoire
TDA Thoraxique
Covid 19

3) Traitement envisagé et actes :

Moxiflo



2) Durée prévisible du traitement :

01 jour

A

LE

Dr. DUHAL Samir
Anesthésie Réanimation
07-01-23

Signature

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :
