

C.d pec

445

ANNULEE et remplacé

163558

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE CNSS DERB GHALLEF

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

- NOM ET PRENOM DU MALADE	ELAïL - HASSAN
- SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	nsil - cardio
- MEDECIN RESPONSABLE	Dr KADI
- MOTIF DE L'HOSPITALISATION	
- DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
- CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	31-05-2023
- PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/>

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION
**Mupras**
ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR		Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT.	03 jr		1650
	S. NORMAL	03 jr		3000,00

NATURE DES PRESTATIONS **COTAT.** **P. U.** **TOTAL**

ACTES MEDICAUX			
ACTES CHIRURGICAUX			
ANESTHESIE			
SALLE D'OPERATION			
SOINS INTENSIFS			
SURVEILLANCE MEDICALE			
EXAMENS			
RADIOLOGIE			
BIOLOGIE			2310,00
FOURNITURES			
PHARMACIE			234,78
AUTRES			
TOTAL DE L'ESTIMATION			7194,78
TOTAL			7194,78

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

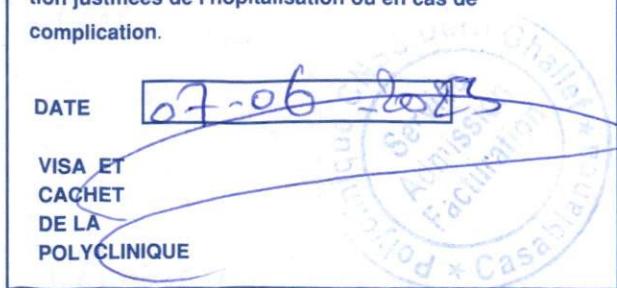
- CACHET DE L'EMPLOYEUR		NUMERO DE POLICE	
- NOM ET PRENOM DE L'ASSURE		NUMERO D'AFFILIATION DE L'ASSURE	
- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE			
- NOM ET PRENOM		LIEN DE PARENTE	
- DATE DE NAISSANCE			

RESERVE A L'ASSUREUR
AVIS TECHNIQUE DU MEDECIN CONSEIL

- AVIS FAVORABLE
ACCORDE LE _____
- AVIS DEFAVORABLE
MOTIF _____

SIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

DATE **07-06-2023**
VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

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.

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

DECOMPTE PHARMACIE NON CHIRURGICAL

A M O

Nº de séjour 123003784

163558

Nom EL AIL
Prénom HASSAN

CODE	LIBELLE	NOMBRE	PRIX	TOTAL
A048	ALDACTONE FORT 50 MG 20 COMPRIMES	10.00	1.81	18.10
A296	AULCER 20 MG	4.00	2.26	9.04
C220	CARDIOASPIRINE CP	10.00	0.58	5.80
L116	LASILIX 250MG INJ 1 AMP	4.00	9.21	36.84
TOTAL				69.78



DECOMPTE PHARMACIE NON CHIRURGICAL
NON AMO

N° de séjour 123003784

Nom EL AIL
Prénom HASSAN

CODE	LIBELLE	NOMBRE	PRIX	TOTAL
N146	NOVEX 4000 INJ	4.00	41.25	165.00
TOTAL				165.00

