

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POLYCLINIQUE ADDAMAN ZIRAOUI

126782

A REMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

POLY Ziraoui

NOM ET PRENOM DU MALADE	KARAM HAFIDA
SERVICE D'HOSPITALISATION DU MALADE	MEDECINE
MEDECIN RESPONSABLE	Dr. ASSKLOU Abdessamad
MOTIF DE L'HOSPITALISATION	vain pli confidentiel
DATE PREVISIBLE DE L'HOSPITALISATION	
CAS D'URGENCE HOSPITALISTE LE	
PIECE JOINTE	<input type="checkbox"/>
CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL	

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	SIGNATURE ET CACHET DE L'ASSUREUR
<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE ACCORDE LE _____	DATE
<input type="checkbox"/> AVIS DEFAVORABLE MOTIF _____	

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION



123002842

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR		Nbre jour	P.U.	TOTAL
DUREE PROBABLE	S. INT. S. NORMAL	48r	550.00	2200.00
ACTES MEDICAUX				
ACTES CHIRURGICAUX				
ANESTHESIE				
SALLE D'OPERATION				
SOINS INTENSIFS Echocoeur			650.00	
SURVEILLANCE MEDICALE TDM			2000.00	
EXAMENS				
RADIOLOGIE	Z16		160.00	
BIOLOGIE			4000.00	
FOURNITURES				
PHARMACIE			3000.00	
AUTRES				
TOTAL DE L'ESTIMATION				42010.00
				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



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

RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REMBOURSEMENT	Montant P. EN CHARGE DH	Cts



Pec 5483
06/13/23
TAITANT

- CONFIDENTIELLE

0000780065 2
KARAM
HAIFIDA
123002871
MEDCINE
SALLE LIT

31/01/1967

25/09/2023

1) Date

alade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

HTA mal contrôlée
céphalées

3) Traitement envisagé et actes :

Bilan sommeil
ECG
échographie

2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

Dr ABDASSALAM
Cardiologue
Signature

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur:

SFB JCN

0661315354