Dossier de prise en charge (*)

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf : 610-2-31

Ce document doit être transmis par Fax à l'adresse indiquée ci-dessous

Réf. : ANAM 1 . 2 . 05 . 01

N° de compostage : ……

N° du Dossier d'hospitalisation : ……

Nom de l'établissement de soins : ……

Code Etablissement :

N° Chambre : ……

Adresse : ……

……

Tél : …… Fax : ……

A remplir par l'établissement

Assuré :

N° d'immatriculation :

Nom et Prénom : ……

N°CIN : ……

Adresse : ……

……

Bénéficiaire des soins (si différent) :

Nom et Prénom : ……

N°CIN : ……

Date de Naissance :

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Lien de parenté : Assuré ☐ Enfant ☐ Conjoint ☐

Hospitalisation :

Service d'hospitalisation : ……

INP :

Nature d'hospitalisation : Maladie ☐ ALD ☐ Maternité ☐ Accident ☐

Motif d'hospitalisation :

……

Date prévisible d'hospitalisation :

En urgence le :

Signature et Cachet de l'établissement

Date : ……

Estimation du Coût de l'hospitalisation par l'établissement

Accord de la CNSS

Frais de séjour		Nbr jour	P.U	Total H.T	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant de prise en charge	Ticket modérateur
Durée prévisible	Séjour Normal							
	Soins Intensifs (1)							
	Réanimation (1)							
	Couveuse							

Nature de Prestation	Code des actes	Lettre clé et cotation NGAP	Valeur clé	Montant				
Actes médicaux								
Actes chirurgicaux								
Actes paramédicaux								
Actes d'odontologie								
Kinésithérapie								
Anesthésie								
Bloc opératoire / Salle d'accouchement								
Surveillance Réanimation								
Surveillance médicale (2)								
Examens								
Biologie								
Radiologie et imagerie médicale								
Autres(anatomopathologie, ECG, EEG, Endoscopie…)								
Fournitures								
Pharmacie								
Appareils et dispositifs médicaux								
Sang et dérivés								
Total Estimation →					**Total** →			

(*) La prise en charge par la CNSS est sous réserve de tous les contrôles prévus par la législation en vigueur

(1) Pour les établissements de soins disposant de ces unités

(2) A détailler dans le pli confidentiel

Prise en charge accordée à concurrence de DH

(En chiffres)

(En toutes lettres)

Signature et Cachet de la CNSS

Date : ……

Adresse

دار المؤمن- ساحة داكار – الدار البيضاء ص.ب.2186 الدار البيضاء المحطة – مركز الاتصال 3939

الفاكس : 0522418351 / 0522418350 – الموقع على الانترنيت : www.cnss.ma

عنوان البريد الالكتروني : PECAMO@cnss.ma

Maison de l'Assuré – Place de DAKAR – Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare – Numéro du centre d'appels : 3939

Fax : 0522418350 / 0522418351 – Web : www.cnss.ma

Adresse mail PEC : PECAMO@cnss.ma.