CNSS

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 Établissement : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Frais de séjour		Nbr Jours	P.U	Total H.T
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 →				

(*) 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

Adresse

دار المؤمن – ساحة داكار – الدار البيضاء ص.ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - مركز الاتصال 17/18 86 54 022

الفاكس : 25/26/27/28 86 54 022 - الموقع على الانترنيت: www.cnss.ma

Maison de l'Assuré – Place de DAKAR – Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Centre d'appels

AMO : 022 54 86 17/18 Fax : 022 54 86 25/26/27/28 Web : www.cnss.ma

Accord de la CNSS

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant de prise en charge	Ticket modérateur
Total →			

Prise en charge accordée à concurrence de Dh

(En chiffres)

(En toutes lettres)

Signature et Cachet de la CNSS

Date : ……………………………