

## Identité

cachet de l'Employeur

Malade  
Nom & Prénom

Date de Naissance

Lien de Parenté

### A Remplir par la Clinique ou Polyclinique

Nom & Prénom  
du Malade

N° CIN ou Autres (Préciser)

Service d'Hospitalisation

Médecin Traitant

Motif d'hospitalisation (Actes)

Date d'Hospitalisation

En Urgence le :

Prévue le :

Nbre. de Pièces jointes :

Doni Certificat Médical Confidentiel Obligatoire

Réservé à l'Assureur Sinistre N°

Avis Technique du Médecin Conseil

☐ Favorable/Accord du :

☐ Défavorable/  
motif :

○ Réserves :

Signature et Cachet de  
l'Assureur

## Cachet Réception

## Estimation du Coût de l'Hospitalisation par la Clinique

### Estimation de l'Assureur

Base de Remboursement	Taux Remboursement	Montant pris en Charge
2099		

## Nature des Prestations

Date :

Visa et Cachet de la clinique

En Chiffres :

En Toutes  
Lettres :

Montant à la charge du client en Dh