

Agence : CASNOS

Centre de Paiement : 11604

1er novembre

ENGAGEMENT DE PRISE EN CHARGE POUR  
ETABLISSEMENT OU FOURNISSEUR CONVENTIONNE

340647001660

n° d'immatriculation

Nom et prénoms de l'Assuré : BOUKHALFA\_MALIKA

## DEMANDE DE L'ETABLISSEMENT (1)

L'établissement ou le fournisseur : CLINIQUE DE NEPHROLOGIE ET D HEMODIALYSE NEPHRODIALE

raison sociale : 170 Rue Sfindja ex La Perlier Telemly - Alger - TEL 0661 55 15 83

convention n° 888 du 8 8 8 8 8 8 , demande l'accord de la Caisse pour :

l'hospitalisation ☐ l'appareillage ☐ les soins ☒ (2)concernant : M BOUKHALFA\_MALIKA  
(nom et prénoms)Assuré ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Ascendant ☐ Autre à préciser) ☐ (2)

## • HOSPITALISATION (2)

en chirurgie ☐ médecine ☐ maternité ☐ chirurgie cardio-vasculaire ☐ cancérologie ☐ autre : ☐ (3)à compter du pour ☐ séjour initial pour une durée de :  
☐ prolongation

actes prévus :

## • APPAREILLAGE

désignation :

référence :

## • SOINS

hémodialyse : nombre de séances 0 0 3 du X X X X X X au X X X X X X

rééducation fonctionnelle : séjour à compter du au nombre de séances

Cure spécialisée : séjour à compter du pour une durée de jours

Cure thermique : séjour à compter du pour une durée de 21 jours à l'hôtel

Fait à ... Alger, le 02-10-2016  
Signature,

Dr Malek.DAOU

## ACCORD DE LA CAISSE

La Caisse s'engage à régler à l'établissement ci-dessus désigné le montant de sa participation aux frais de séjour, de soins, fournitures et accessoires tels que désignés ci-après :

soit : DA au taux de %

Fait à , le  
le DIRECTEUR,

Tous autres frais supplémentaires sont à la charge de l'assuré.

(1) Lorsque la demande concerne un acte ou traitement ne pouvant être pris en charge qu'après accord préalable de la Caisse, elle doit être accompagnée d'une demande d'entente préalable établie par le médecin traitant.

(2) Mettre une croix dans la case correspondante.

(3) Préciser la pathologie dont il s'agit.