FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE(1)

CNOPS

Admission : ☐

Renouvellement : ☐

CENTRE DE NEPHROLOGIE…… Adresse centre

INP/code barre TEL:- FAX: - email:

A remplir par l'établissement

ASSURE :

N° d'immatricualtion:
Nom et Prénom:
N° CIN:
Adresse:
Tel:

BENEFICIAIRE DES SOINS :

Nom et Prénom:
N° CIN:
Date de Naissance:
Sexe:
Lien de parenté:

assuré ☐ conjoint ☐ enfant ☐

Date de Première hémodialyse:

Numéro de l'accord Précédent:

Piece jointes:
Copie CIN ☐ Note confidentille ☐
Copie de la carte de l'assuré ☐ Bilan confirmant le diagnostic ☐

Estimation du coût de la prise en charge

Nature des prestations	cotation actes	nombre de séances	FORFAIT ACCORDE
Hémodialyse chronique	K201		

MOIS	Répartition hebdomadaire des séances: lundi / Mardi	mercredi / Jeudi	vendredi / Samedi	total séances
JANVIER				
FEVRIER				
MARS				
AVRIL				
MAI				
JUIN				
JUILLET				
AOUT				
SEPTEMBRE				
OCTOBRE				
NOVEMBRE				
DECEMBRE				
			Total	

RENSEIGNEMENTS PATIENT(2)

POIDS (KGS)	
TAILLE (CM)	
	DATE:
UREE SG	
CREAT SG	
Ca SG	
Ph SG	
Clearance créa	
HB/Hte	
PQ	

Actes Hors Forfait

Codes des Actes	lettre clé et cotation NGAP		Valeur Clé	Montant	montant en chiffres	Ticket Modérateur
				TOTAL		

Prise en charge accordée à concurrence de Dhs

En chiffres:

En toutes lettres :

IMPORTANT: cette prise en charge donne droit au traitement du patient , mais en cas de transfert ou de décès, elle devient caduque

Signature et Cachet de l'établissement	INP/CODE BARRE, Cachet et signature du nephrologue	Signature de l'assurè
DATE	DATE	DATE

(1): NOMBRE DE SEANCES NECESSAIRE POUR 12 MOIS EN CAS DE RENOUVELLEMENT ET 12 MOIS EN CAS D'ADMISSION
(2): Ces données doivent pouvoir être justifiées en cas de contrôle, de plus pour l'admission fournir rapport médical accompagné des bilans biologiques et de l'échographie