

ورقة العلاجات المتعلقة بالإستشفاء

الخانة	المعلومات الخاصة بالخانة	إلزامي	اختياري
	تنفيذ	*	
	موافقة مسبقة	*	
جزء خاص بالمؤمن له	الاسم العائلي والشخصي	*	
	رقم التسجيل	*	
	رقم البطاقة الوطنية للتعريف	*	
	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له: -مؤمن له (لها) -ابن -زوج(ة)	*	
	العنوان	*	
	مبلغ المصاريف	*	
	عدد الوثائق المرفقة	*	
تصريح الطبيب المعالج (المستفيد من العلاجات)	الاسم العائلي والشخصي للمستفيد من العلاجات	*	
	تاريخ الازدياد	*	
	رقم البطاقة الوطنية للتعريف	*	
	الجنس: -أنثى -ذكر	*	
الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم الشريطي (كودبار)	رقم التعريف الوطني لمهنيي الصحة	*	
	مؤسسة العلاجات	*	
نوع العلاجات	نوع العلاج (وضع علامة) -خارجية -استشفاء	*	
	قبول المرض المزمن -نعم -لا	*	
	رمز المرض المزمن	*	
	طي سري يؤكد الاستشارة الطبية	*	
	تاريخ الاستشفاء	*	
التصريح بصحة المعلومات (المؤمن له)	التاريخ (يملأ من طرف المؤمن له)	*	
	المكان (يملأ من طرف المؤمن له)	*	
	إمضاء المؤمن له	*	
التصريح بصحة المعلومات (الطبيب او مؤسسة العلاج)	التاريخ (يملأ من طرف الطبيب المعالج أو مؤسسة الاستشفاء)	*	
	المكان (يملأ من طرف الطبيب المعالج أو مؤسسة الاستشفاء)	*	
	طابع الطبيب المعالج أو مؤسسة الاستشفاء	*	
	توقيع الطبيب المعالج أو مؤسسة الاستشفاء	*	

ورقة العلاجات المتعلقة بالإستشفاء

اختياري	إلزامي	المعلومات الخاصة بالخانة	الخانة
	*	تاريخ العلاجات	وصف العلاجات المجراة
*		رمز العلاجات	
	*	معامل العمليات	
	*	قيمة وحدة المعامل	
	*	المبلغ المفوتر	
	*	طابع الطبيب المعالج	
	*	توقيع الطبيب المعالج	
*		التصنيف الدولي للمرض (CIM-10)	
	*	تاريخ العمل	أعمال شبيه طبية
*		رمز العمل	
	*	معامل العمل	
	*	قيمة وحدة المعامل	
	*	المبلغ المفوتر	
	*	طابع خاص بمهني الصحة	
	*	إمضاء خاص بمهني الصحة	
	*	رقم التعريف الوطني لمهنيي الصحة	
	*	تاريخ العملية	عمليات:الإحياء , الأشعة والصور
*		رمز العملية	
	*	معامل العملية	
	*	قيمة وحدة المعامل	
	*	عدد الوحدات	
	*	المبلغ المفوتر على ورقة العلاجات وعلى كل فاتورة خاصة بكل عمل	
	*	طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي	
	*	توقيع طبيب الأشعة أو الإحيائي	
	*	رقم التعريف الوطني لطبيب الأشعة أو الإحيائي	
	*	تاريخ التنفيذ	جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
	*	الثمن المفوتر	
	*	طابع الصيدلي و / أو ممون التجهيزات الطبية	
	*	إمضاء الصيدلي و / أو ممون التجهيزات الطبية	
	*	رقم التعريف الوطني للصيدلي و / أو ممون التجهيزات الطبية	
*		نوعية الخدمة	
*		تمن الوحدة	
*		عدد الوحدات	
*		الثمن الإجمالي	خدمات لا يتم تحملها من طرف المؤسسة المدبرة

ورقة العلاجات المتعلقة بالإستشفاء

اختياري	إلزامي	المعلومات الخاصة بالخانة	الخانة
*		ختم وتوقيع الوكالة	ختم وتوقيع الوكالة
*		تعريف الموظف	
*		تاريخ وضع الملف	
*		تاريخ الوصول	محجوز لمديرية التأمين الصحي الإجباري