

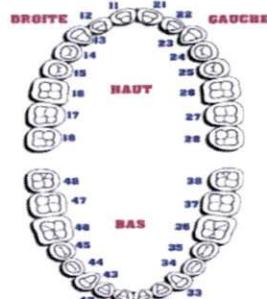
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

## SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

## Coefficient des

Montant des soins

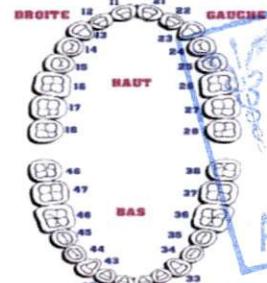
Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Détermination du coefficient masticatoire

## ODF Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

|          |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

ACCUSÉ DE RECEPTION

Montant des soins

Date du devis

Fin de



W18-396333

DATE DE DEPOT

22/03/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 7405

Nom & Prénom Tavili Damia

Fonction : Fonction : Phones : 2785

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age :

Date 22/03/19

Nature de la maladie : sonde urinaire

Date 1ère visite

Ablation de la

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

Une Facture ci-jointe 2200

PHARMACIE

Date :

Montant de la facture :

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

forfait  
K30

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ...../...../20....

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... e-mail : ..... Phones : .....

Nom et Prénom de l'adhérent : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. .... (Signature)

Nécessite ..... (Signature)

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) ..... (Signature)

K 80

Une hospitalisation de (approximatif) ..... (Signature)

A (préciser l'établissement hospitalier) .....

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Sur le urétérale double J, indication  
d'une Ablation en dosaison de la  
Seule double J

Cachet, date et signature du praticien

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



# FACTURE

| Numéro Facture | Date Facture | Nom du patient   | Prise en charge | Période hospitalisation |            |
|----------------|--------------|------------------|-----------------|-------------------------|------------|
| 201902968      | 22/03/2019   | Mme TOUILI Damia | Payant          | 22/03/2019              | 22/03/2019 |

N° Affiliation :

## Référence prise en charge

N° Matricule :

## Adhérent

| Désignation des prestations | Observation | Lettres Clé | Nbre | Prix Unitaire | Montant DH |
|-----------------------------|-------------|-------------|------|---------------|------------|
| BLOC OPERATOIRE             |             |             | 1    | 2 200,00      | 2 200,00   |
| <b>TOTAL CLINIQUE</b>       |             |             |      |               | 2 200,00   |

Arrête la présente facture à la somme  
**DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**

## TOTAL GENERAL

2 200,00

N°: 2635821510002200  
Ls: Montant: 2200  
Payé par Chèque le 22/03/2010  
SERVICE URGENCES  
Ministère de l'Intérieur

## مستعجلات URGENCES 24 / 24

## **CLINIQUE DAR SALAM**

### **BULLETIN D'ENTREE / SORTIE**

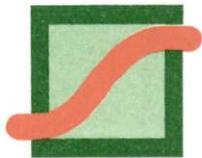
**N° DE DOSSIER** 19C22072851

**NOM DU PATIENT** Mme TOUILI Damia

**DATE D'ENTREE** 2019-03-22 07:28:51

**DATE DE SORTIE** 2019-03-22 10:00:00





## COMPTE RENDU OPERATOIRE

NOM : MADAME TOUILI DAMIA

DATE D'EXPLORATION : 22/03/2019

OPERATEUR : PROFESSEUR JOUAL ABDENNABI

ANESTHESISTE : DR BOUDERKA

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Madame TOUILI Damia, âgée de 54 ans, présente une sonde urétérale double j.

Indication d'une ablation endoscopique de sonde double j.

### COMPTE RENDU OPERATOIRE :

Patient sous anesthésie locale, mise en position de taille.

Introduction de la fibroscopie souple, type Olympus 5f.

Retrait de sonde urétérale double j.

Dr. Abdennabi Joual  
ANNUAL CAPITAL CENTER  
Angèle Bd. Académie 29 Casablanca  
Tél: 0661 14329  
Pr. Chirurgien Urologue

مستعجلات 24/24 URGENCES