

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de



W18-396333

DATE DE DEPOT

22/03/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 7405

Nom & Prénom

Tavili Damia

Fonction

Phones

2785

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

☒ Conjoint

☐ Enfant

Age

Date

22/03/19

Nature de la maladie

soude m...

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

Voir facture ci-jointe

22001

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM


IV

forfait
K30

URGENCE
Dar Salam

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.	
Nécessite <u>Ablation</u>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>230</u>	
Une hospitalisation de (approximatif) <u>Ambulatoire</u>	
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) : <u>Seule une tumeur double J, indication d'une Ablation endoscopique de la</u> <u>Seule double</u>	
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.



مصلحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM



F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation	
201902968	22/03/2019	Mme TOULI 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
TOTAL CLINIQUE					2 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme
DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL

2 200,00

Payé par Chèque
N° 261552 / 154 000
Lz 2200
Montant 2200



URGENCES 24 / 24 مستعجلات

728, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 0001225000000356 48 Code Swift : BCMAMAMC - ICE : 001660857000058

E-mail: contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma

CLINIQUE DAR SALAM

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

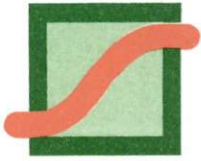
N° DE DOSSIER 19C22072851

NOM DU PATIENT Mme TOULI 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.

Pr. Abdennabi JOUAL
Chirurgien Urologue
ANOUAL CAPITAL CENTER
Angle Bd. Abdelkounen el Bd. Anhal
Tél.: 0661 14 43 29 Casablanca