

MUTUELLE

N° Mle

3080

~~6008~~

1

3080

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

NOM : BERRADIA Prénoms : Salika

Date de naissance : 1957 Sexe : F



Date 29 FEV. 1980

Médecin

Dr. BOUJIBAR

Ex. Clinique : Poids 59 kg
Coeur N
T. A. 11/6
Ap. resp. RAS
Ap. dig. RAS

Ex. Complémentaires :

Uries { A O
Hernies { S O
Râte Néant
Varices N
Réflexes NP

Antécédents :

X

4 AVR. 1980 Polype du col. xho. Dr Archouch

216/05 Moelle (1) 10/05, 10/05
Scellement 10/05
29/1/80 Dr Deltu OP = $(10^\circ + 0,25)$ | add +2
SG - $(10^\circ + 0,25)$

21/02/2010 ad (10, +0,25)

00 (5, +0,21)

11/02/2010 ad (10, +0,21)

13/01/11 OK Ap + 10 Ad es please

21/01/11 collant (NR)

+ cardio du 29/11/10

24/04/11 Draft Veins sclerose varus

Kr x 10

13 DEC. 2011 Nawridge & du 22/11

- EthoNamey-

10 MAI 2012 ortho bridge & du 31/05 4BB

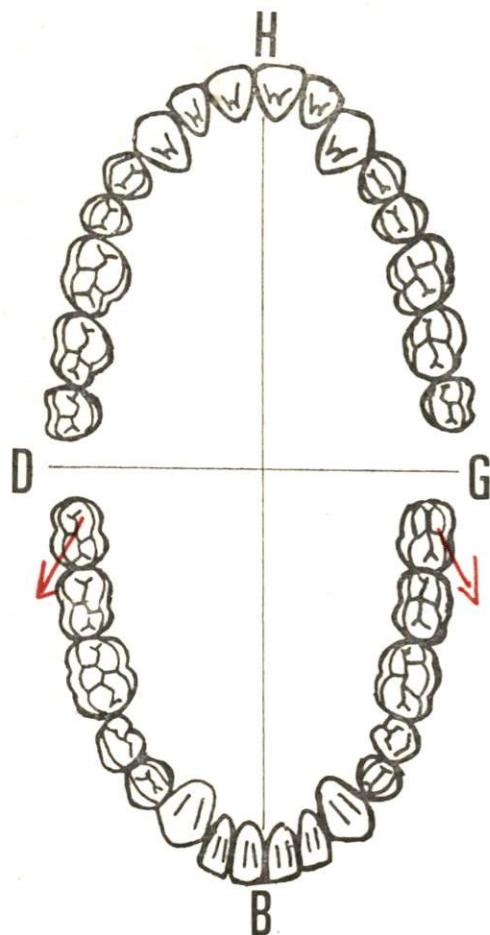
28 Oct 2015 opstite & du 01/10 et 6/10

25/22/12 see RTR ^{11/11/11} ~~gastro B12~~ + Progesterone

+ Lactate (02-08-12)

~~Rejet B12~~ ~~gastro + B12~~

13-12-18 see PCC b12



VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

29 FEV. 1930

OBSERVATIONS :

- Lèvre cherchant maxillaire
maxillaire

- Canine supérieure - ~~AD~~

Dates	Actes	Observations
8.3.89	Accord Jack. 11	; gommé 5 et 6.
2.12.92	Accord CCM 11,	CCM 1 ; brûlé (x5)
23.11.96	Accord	stérile hauer + 2 dent (45)
29/10/01	23 Dr 1 + 26-17 CCM 1 26-16-17- st 85 <u>65</u>	Réalisation 23 + 42 Dr 2 + 21- + 3 + 26 36-37 5 Dr 2 Dr 2 + Dr 10. (ABNORMAL)
14/11/01	46 Dr	
01 SEPT 2006	Fracture accord du 29/10/01	
		PER 19214

19/3/19 stellik throat 145⁶ Dnot dy.
(Bmin'K)

19/3/19 obt 12-22-13-44 480

2.5 JUN 2013 BPL D₂₀ (Bio+DBT) L3.

12/5 Janv 2016 DR Paus n = lin weblio

06 Sept 2016 Ac D₁₀₀₀ BCN 10el¹⁵ (B₂₇)
Rx Pavor AP₃ (JABIR)

06 Avri 2017 BPL D₇₀₀ (Ac 6-9, 16) Pas de CCN
mu (25, 26, 27) - D₃₀₀.

06 Avri 2017 BPL D₁₀ + 216 Ext 27 ②
Rx Pavor 25-3-17

10 6 Avri 2017 BPL D₄₀ 3BIO (12, 13, 22, 23) ④ Rx

06 Avri 2017 BPL D₁₆₀ 4^{FC} (11, 13, 21, 23) Nun

19 Mai 2017 Ac D₁₆₀ stell 3el¹⁵ (25, 26, 27) JABIR
annuli

19 Sept 2017 Ac D₁₇₀ stell 5el¹⁵ (25, 26, 27, 16, 17)

20 Mars 2018 BPL D₂₀ Ext (16, 17) JABIR

20 Mars 2018 BPL D₁₂₀ (Ac 19-9-17)

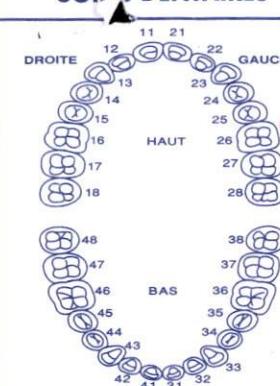
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées Nature des soins Coefficient

11 21	22	GAUCHE
12	23	
13	24	
14	25	
15	26	
16	27	
17	28	
18		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient masticatoire

DROITE	11 21	22	GAUCHE
12	23		
13	24		
14	25		
15	26		
16	27		
17	28		
18			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			

D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553
---	--	---	--

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

Stellite lab
20/26, 2D

Docteur JACQUES DENTISTE
CHIRURGIEN DENTISTE
5. Rue Attestant de la devis
5. Rue Attestant de la devis
Tél. 021 33 65 33

Visa et cachet du praticien
attestant l'execution

VOLET ADHERENT NOM :

DECLARATION N° P 17 / 047538



Mle

Cachet
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 17 / 047538

DATE DE DEPOT
1 / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom	Mle 3080	Signature de l'Adherent
Fonction	Reprise	Phones 06 63 26 66
Mail	Ressadia10@gmail.com	Signature de l'Adherent

MEDECIN

Prénom du patient	RABBI SEDRA
Adhérent	<input type="checkbox"/>
Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>
Age	30-03-13

Date 1ère visite

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Stellite lab	0160	3500ice

PHARMACIE

Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture	Signature et cachet du Pharmacien

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
	17 MAI 2017

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	CACHET

Création 25/03/2017

25/03/2017 -

Std panoramic - (68kV 06mA 15s)

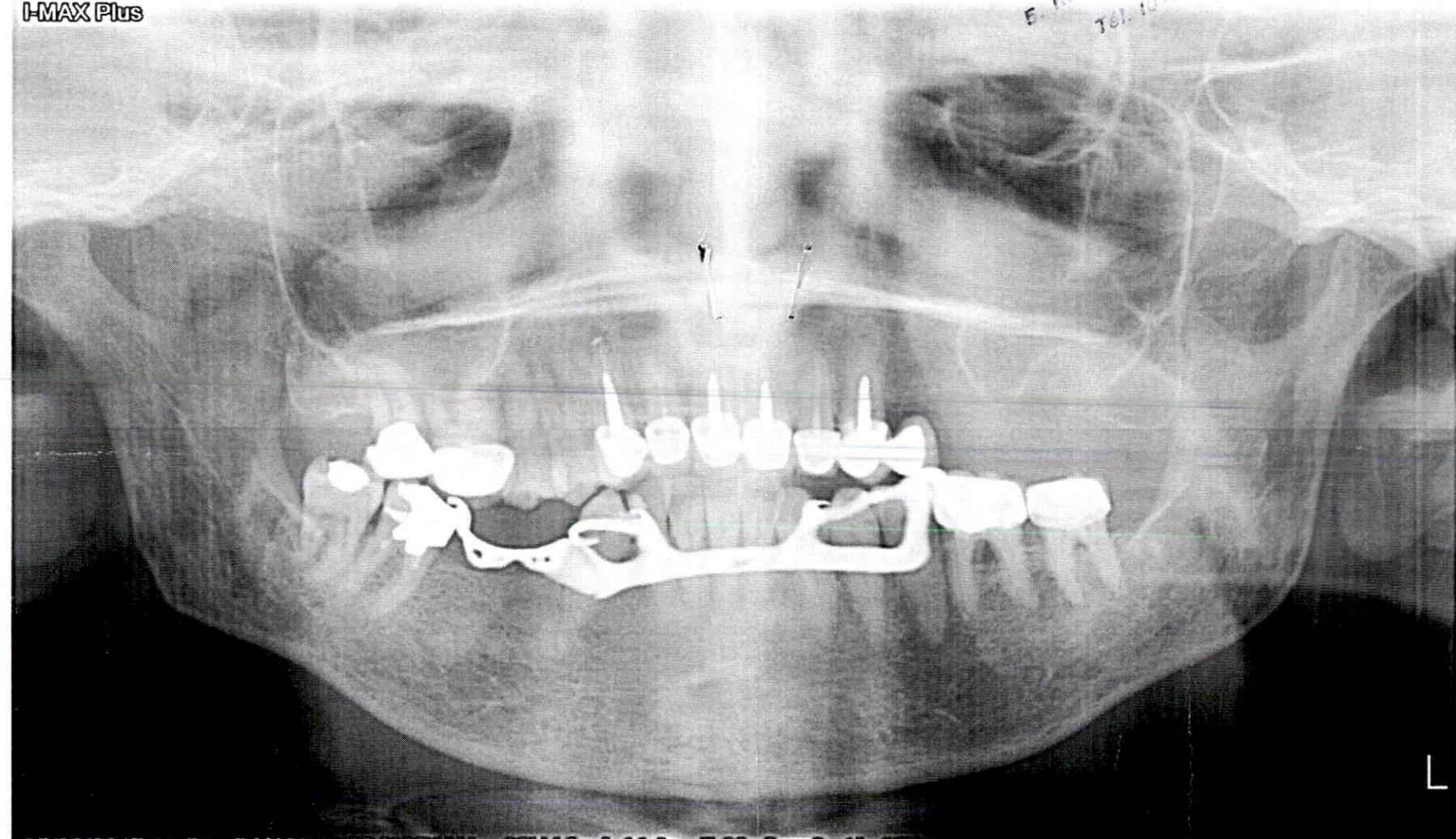
RABAI SALIHA

Impression 30/03/2017

Lin.

Adult - Size:1 - Arch type:1

I-MAX Plus



25/03/2017 11:51 - PANORAMIC NORMAL - 68kV 6mA 14.6s - 7.60uGym2 (A: 37%)

CENTRE DENTAIRE DE BERRECHID: JABIR ABDELHAKIM
5, rue mekka berrechid, 0522336633

Doctor J.
CHIRURGEON DENTISTE
E. RABAI SALIHA
Tel: 034 53 53 53