

MUTUELLE

N° Mle

3080

~~6068~~

1

## FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

NOM : BERRADIA Prénoms : SalikaDate de naissance : 1957 Sexe : FDate 29 FEV. 1980Médecin Dr. BOUJIBAR

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

Urines } A 0  
 S 0  
 Hernies Néant  
 Râte N!  
 Varices -  
 Réflexes Nx

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

4 AVR. 1980

Polype du col. K40. Dr. Archambault

2/6 fov. Vues NI les yeux s'ent  
 s'ent. Hép. color

29/8/80 L'alt. op =  $(10^\circ + 0,25)$  / add +2  
 SG -  $(120^\circ + 0,25)$

21/02/2010 OK (10, +0, 25)  
OK (5, +0, 21)  
OK + 2, 2, 10, 10

23/02/11 OK pour 10 de ces, please

21/01/11 collant (NR)

+ casino du 29/11/10

24/04/11 Drott Vainc Sclerose Vainc

13 DEC. 2011

Nauvologie & du 22/11  
+ Echo Manof.

10 MAI 2012

authup & du 3/05 & BB

28 OCTO 2015

gastite & du 01/10 et 6/10

25-31 mai 2016

25-31-12 ou Ntn <sup>cap, lili + ProBpse,</sup> ~~gastite~~ Bile  
+ Lactulose (02-08-12)  
~~Bejez Bile~~ ~~Stress~~ + B. B

13-12-18

ou PCC bile

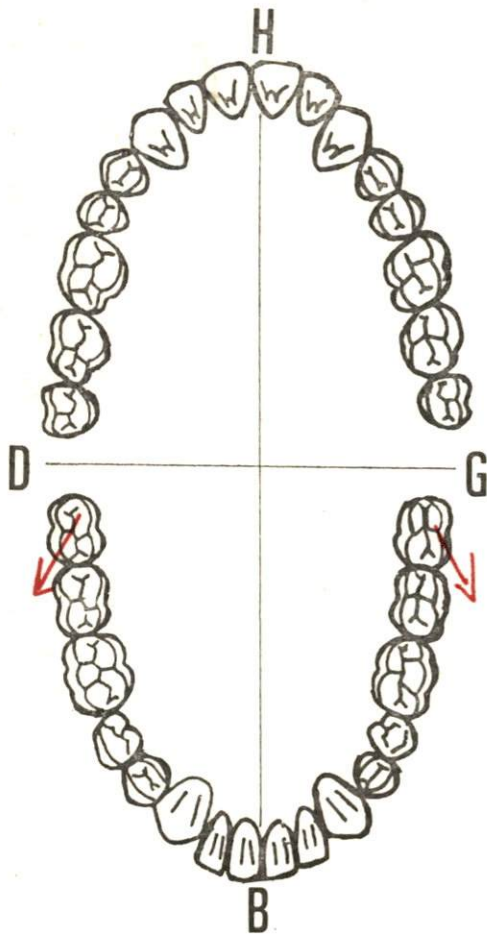
# VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

29 FEV. 1930

OBSERVATIONS :

- l'op. cherchant microcaries  
maxillaires

- Carie Supra-AD



Dates	Actes	Observations
8.3.89	Accord Jackita 11	; femme 5) et 6).
2.12.92	Accord CCN 11	CCN 1 ; br 1p 1x5
23.11.94	Accord	Stabilité hauer + 2 dents (45)
		RAYA NAZOUZI
29/10/01	23 Dr + 26-17	230 + 42 Dr + 26-17 + 26-17
	CCN / 26-16-17-	36-37 5 Dr
	st Br	Dr + Dr (ABONHOUSLIV)
	651	
14/11/01	46 Dr	
01 SEPT 2006	Fautu	tuons Dr 29/10/01
		PER 19214

17/3/19 stellike flouet / 456 Dm + dyo  
(Bmrik)

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

12.5 JUN 2015 BPR D20 (Bio + DBT) 23.

12.5 Janv 2016 on paus n-lin webste

06 Sept 2016 Ace D1000 BCN 10el<sup>15</sup> (13, 27)  
Rx Pomer AP3 (JABIR)

06 Avri 2017 BPR D700 (Ace 6-9-16) Pas de CCN  
m (25, 26, 27) - D300.

06 Avri 2017 BPR D10 + 216 Ext 27 ⊕  
Rx Pomer 25-3-17

06 Avri 2017 BPR D40 3Bio (12, 13, 22, 23) 4Rx  
Nun

06 Avri 2017 BPR D160 4EC (11, 13, 21, 23)

19 Mai 2017 Ace D160 stell 3el<sup>15</sup> (25, 26, 27) JABIR

19 Sept 2017 Ace D170 stell 5el<sup>15</sup> (25, 26, 27, 16, 17)  
annuli (JABIR)

20 Mars 2018

20 Mars 2018

BPR D20 Ext (16, 17)  
BPR D170 (Ace 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																				
<p><i>06 Avril 2017</i> <i>Stellite déjà fait en 2010</i> <i>le traitement de MUPRAS</i> <i>un nouvel accueil</i> <i>Accueil</i> <i>29 Mai 2017</i></p>																							
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>			<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>																				
			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553		
H		G																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text" value="0160"/>																				
<i>Stellite Band</i> <i>25.26.28</i>			<b>Montant des soins</b> <input type="text" value="300000"/>																				
			<b>Date du devis</b> <input type="text" value="30-03-17"/>																				
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																				
<b>Docteur</b> CHIRURGIEN DENTISTE 5. Rue de Mekka T. 33 66 33		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>																					

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 047538	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 17 / 047538

DATE DE DEPOT  
/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 3080	<i>Accueil</i> <i>Signature de</i> <i>Adh.</i> <i>Accueil</i>
Nom & Prénom		BERRADIA - n	
Fonction	Phones	Reposite 06 63 26 66 72	
Mail		Berradia1@gmail.com	
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient RABDI SOLIM	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date 30-03-17
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>prothèse dentaire</i> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		<b>ACCUEIL</b> <i>Signature de</i> <i>Medecin</i> <i>ACCUEIL</i> <i>Signature de</i> <i>Medecin</i> <i>ACCUEIL</i> <i>Signature de</i> <i>Medecin</i>	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Stellite Band	0160	300000	
<b>PHARMACIE</b>		Date	<b>Signature et cachet du Pharmacien</b>
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	<b>CACHET</b> <b>MUPRAS</b> <b>17 MAI 2017</b> <b>ACCUEIL</b>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	<b>CACHET</b>
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Création 25/03/2017

RABAI SALIHA

Impression 30/03/2017

25/03/2017 -

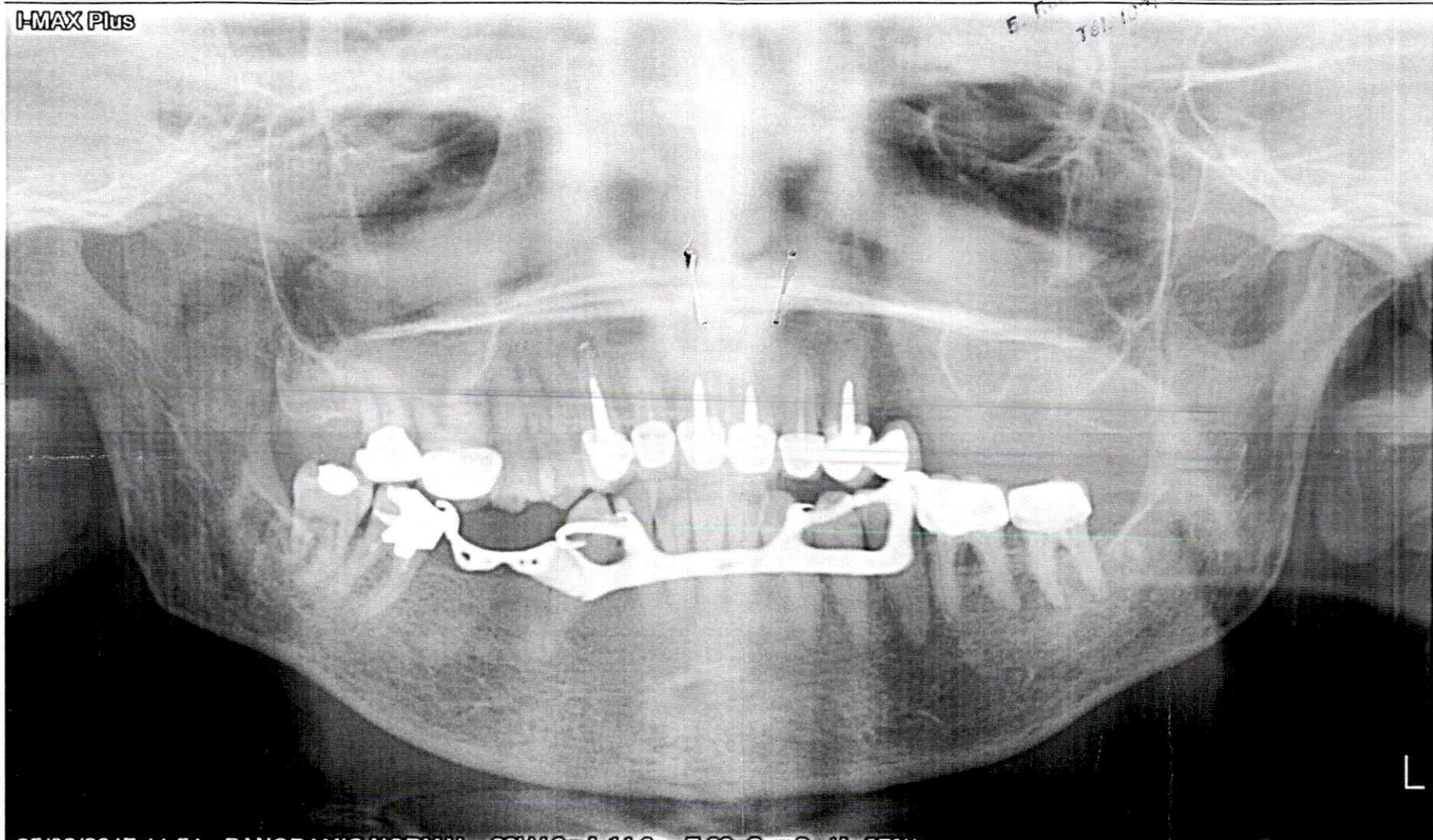
Std panoramic - ( 68kV 06mA 15s )

Docteur J. Abdelhakim  
CHIRALABENT DENTISTE  
5, rue Mekka Berrechid  
Tél: 0541 33 66 33

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

Docteur J. Abdelhakim  
CHIRALABENT DENTISTE  
5, rue Mekka Berrechid  
Tél: 0541 33 66 33