

MUTUELLE

FICHE INDIVIDUELLE

N° M° <sup>0361</sup> ~~8687~~ | 0

Bénéficiaire : ADHERENT ~~CONJOINT~~ ENFANT

Nom DOUADI

Prénoms Hadj Sexe M

Né le 11.11.41 à Casa

Rayé de la Mutuelle le \_\_\_\_\_

Photo

VISITE D'ADMISSION

Mie 1415 SD

4-71

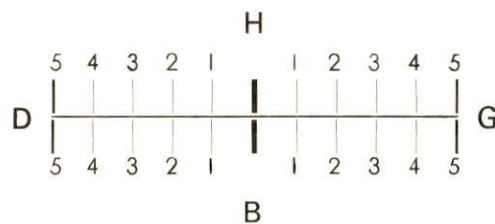
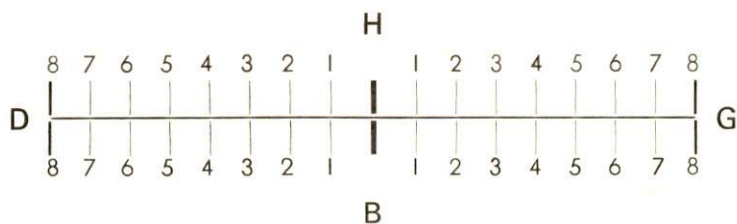
MEDECIN CONTROLEUR

15 DEC. 1978 Rupture du tendon externe du médus main dr.  
K60 + 50% - Dr. KARI

1/3/02 + ITA Avoir 16' 6"  
8/2/03 Ede Doyle Gee + Holle Per  
22/3/08 ITA Tension de 64  
25/1/11 Avoir Tension 64  
20/2/12 Ede Gee + Holle  
ml 24

5/6/08 ITA - H x 3 ~ 27/2/08  
10/6/08 Tension 32  
4/7/18 Avoir 160 32 ITA

# VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE



21.11.78 - AC couronne  $\frac{6}{6}$  D240

haut D35

bas D35

14.2.79) Prothèse en bache  
Accord du 21.11.78

14.2.79)

(61; 14; 17; 16) 12 tout grain

- 21' obt + 2 ans défauts + 4 ans faibles

23.9.92) Accord CIV 41; CIV 61; CIV 71.

Dents manquantes

23/11/94

Accord bûche 23 → 27 (Duro)

18/6/99

est 14-15 206 + 130c D30 + 130c D14

Dents malades

26 oc D30 + 130c D14 + 130c D14 + 130c D14

1/10/03

12 oc D18 + CW / 47 + 12 206 + 12 206

Prise en charge soins

Dents saines (après trois mois)

14 MAI 2007 C Dy

Dents malades 4° au 12° mois 20%

13° au 24° mois 40%

16 MAI 2007

25° au 36° mois 60%

Après trois ans 80%

pour  
718  
stellite Hawk

Prise en charge prothèse

Dents non manquantes et saines (un an)

25 JUIN 2007

Dents manquantes et dents malades (trois ans) le

1 3 4 5 6 +  
D20 + D50  
(T201)

## OBSERVATIONS

13 MAI 2013

15/05/14

HTA Kan 4/04/13

HTA Leticia Pradit Renué

Rgch Doss's

ti)



# OBSERVATIONS

19/3/09 HTA - Ht x 3 on du 4/1/09

6/6/10 HTA - Ht du 2 et 3/10

28/12/10 HTA -> Ht du 14/12/10

25-12-16 HTA ou RFD. Ht 03m  
(05-08-16)

13 0 Dec 2016

HTA Ht du 7/12

22 Jun 2018

BE - 1/2 SB (08/56/18)

02 Aout 2018

BPR D25 Ext (12-13 27)

23 Octo 2018

Acc D120 PAT -> (Taz amina)

16 Nove 2018

BPR D120 (Ac 23-10-18)

30/04/19

HTA + Lycopodium + gran. sp.  
rec Ht et TAT.



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le 30/03/2010

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

| A remplir par le praticien                           |                    |
|------------------------------------------------------|--------------------|
| Je soussigné:                                        |                    |
| Certifie que M <sup>lle</sup> , M <sup>me</sup> , M: | Dradi HAJ          |
| Présente                                             | HA                 |
| Nécessitant un traitement d'une durée de:            | AN                 |
| Dont ci-joint l'ordonnance                           | laminase, Tensatic |
| (A défaut noter le traitement prescrit).....         |                    |

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52