

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

NCM : EL ABDI Prénoms : My Abdellaziz
Date de naissance : 30-3-63 Sexe : M.



Date

14 FEV. 1984

Médecin Dr. BOUJIBAR

Ex. Clinique : Poids 62
Cœur NI
T.A. 12/6
Ap. resp. RAS
Ap. dig. RAS

Urines A 0
S 0
Hernies Neant
Rôte Nie
Varices -
Réflexes Ny

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

05 km 2016

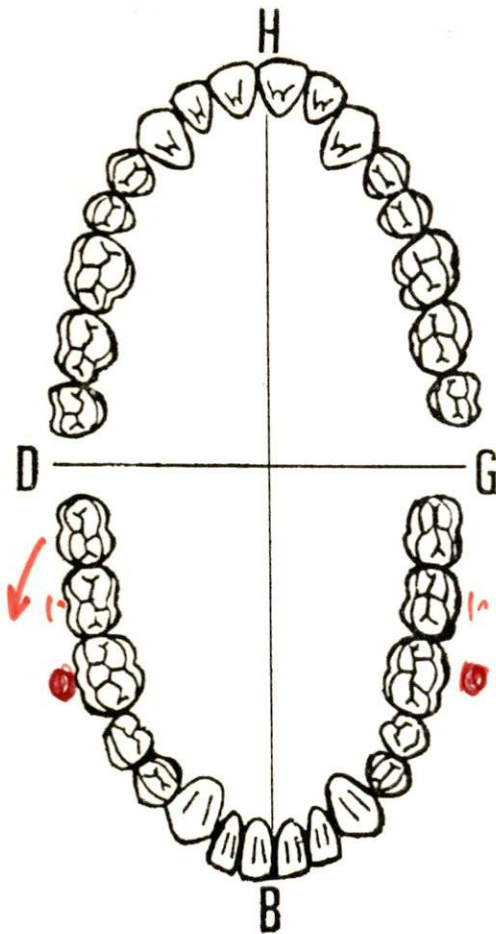
At Brulure Poitrine Face
At Su 16/12

05-01-17

At Rtn. HTA + Anger Echo
Cœur + Test d'effort + Bil
+ douleur 03 mar. 15-12-16

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS: *RAS.*
lignes encombrement minif. haut et bas



Dates	Actes	Observations
13.3.91	Accord bridge 15.97	bridge 15.97
3.6.92	Accord bridge x 51	bridge x 51
13.9.98	Accord bridge 28.87	bridge 28.87 (excl)
31 JAN. 1996	Accord CTU 51;	plg mlt ms + 2 dents (4)
25 JAN 2006	18 - 24 - 33 - 47 - 48 - 208	45 - 725 506
	121 - 208 + 1 - 43 - 23	15 FEB 2006 20
	15 FEB 2006	15 FEB 2006
	stellite Haut + Bas	2 2 45
	2080 + 245 + 265	2 6 52 34 67
		(BOUCH)

27 JAN 2006

34 - 42 - 22 ext D6 + 1/2
28 - 37 ext 1/2

15 FEB 2006

44 - 26 2/10 + 45 D6 ext
21 - D12 + 11 D2000 + 2/22 D6

12/02/06

24 - 25 2/10 ext

15 MAI 2006

43 - 23 oc 2/18

28 FEB 2007

stellite Haut $\frac{2}{245}$
D20 + D45 (SALIH)

25 AVR 2007

33 TR D8 + 2/22 24

Ic / 33 - 44 2/40
in l'air / 33 - 44 2/10
stellite Bus
77652 / 467
D20 + D60

25 DEC. 2012

Acc D50 Bio + obt 26 (SALIH)
et Acc D70 + D45 = D115 PAP (13, 21)
et PA (25, 24, 22, 12) (33, 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47)
ANNULI (2047)

02-10-12 9u RFA Brachycephalus glaucus
C5 + ENG (12-02-12) + Traction

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

DEVIS

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
	2 6	obturation	D ₅₀								
	2 1	épave	D ₅₀								
	1 3	épave	D ₅₀								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>D₅₄</p> </div> <div> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>1900DH</p> </div> </div>											
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p> </p> </div> <div> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p> </p> </div> </div>											
<p>25 DEC. 2012</p> <p>ACC D₁₁₅</p>											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
		<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>① création d'1 Prothèse Partielle adjointe bas 44 → 47</p> <p>33 → 37 D₅₀</p> <p>② PAP résine flexible haut</p> <p>replac 25 + 24 + 22 + 12</p> <p>D₁₂₀</p>									
<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>D₂₄₀</p>		<p>MONTANT DES SOINS</p> <p>16500DH</p>									
<p>DATE DU DEVIS</p> <p>20-12-12</p>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <p> </p>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZOURI ADWA
Chirurgien Dentiste
Av. Wafquoui Hay Essalam
AGADIR - Tél. 041 22 43 33

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



ANNULER

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 /
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMa

FEUILLE DE SOINS 0679233

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom :
Matricule : 05502 Fonction : Poste :
Adresse :
Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL ABDI ABDELRAZIZ Age [] [] [] []
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 17-07-2012
Nature de la maladie : cancer de la prostate
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
Durée d'utilisation 3 mois
Signature : Dr. ZOURI FADWA
Chirurgien Dentiste
Av. Wafqueui Hay Essalam
AGADIR - Tél: 048 22 43 33

VOLET ADHERENT

DECLARATION

0679233

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Nom du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la facture
M. M. M.	10	100
M. M. M.	10	100

[illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Important : 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
	43	abtpilo	D ₁₂
	17	abtc + Amalgam	D ₁₈ + D ₁₂
	44	Extor	D ₆
			25 D

D₄₈

X802H

Page 10 of 10

--	--

25 DEC. 2012

manque RX About de
(17, 11, 23) 10 yr
Acids

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

$D_{180} + D_{90}$ D_{270} H
 25522412 31422550

		H	
	25533412		21433552
D	00000000		00000000
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

~~D 52~~

~~4500H~~

~~20-12-12~~



PRERE DENEIPAS
TENIR COMPTE DU
DEUS POUR ECU
CLUBNI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZOUBI FADWA
Chirurgien dentiste
Av. Wafquoui Hay Essalam
AGADIR - Tél: (05) 22 43 33

conditions générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiques par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiques par un Orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiques par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R - Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialités		

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps. | - LES CURES THERMALES |
| | - LA CIRCONCISION |
| | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE. |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



ANNULER
Accord

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/28
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMa

FEUILLE DE SOINS

N° 040.665

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **EL ABDI MY ABDELLAA ZIE**
Matricule : **5502** Fonction : **MEX M** Poste :
Adresse : **BERR CHIN, 36 BIS, RUE MARIHRE B, ARABE**
Tél. : **07950 9262** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **EL ABDI MY ABDELLAA ZIE** Age **30** | **04**
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A le / /
Durée d'utilisation 3 mois



VOLET ADHERENT

N° 040665

DECLARATION

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :

