

## FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

NOM : EL ABDI

Prénoms :

My Abdellahagig

Date de naissance : 30-3-63

Sexe : M.



Date

14 FEV. 1984

Médecin Dr. BOUJIBAR

Ex. Clinique : Poids

62

Uries A 0

Cœur

N1

Uries S 0

T. A.

12/6

Hernies Neut

Ap. resp.

RAS

Râte Neut

Ap. dig.

RAS

Varices 1

Réflexes Ny

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

05 Janv 2016

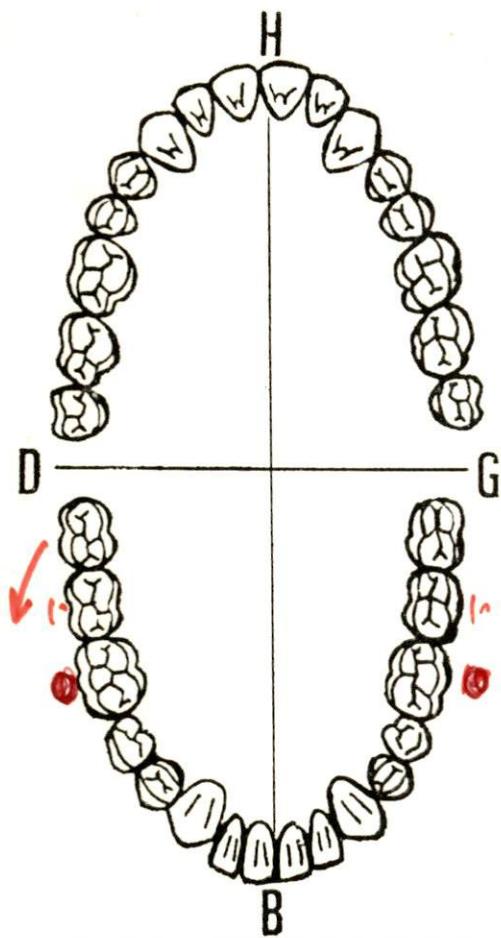
Dr Boujibar Romane

H. In 16/12

04-01-17

Dr Rbn. H.A + Angor tch  
coeur + Tst + T'effet + B.R  
+ Goutte L 03 nov. 15-12-16

# VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE



OBSERVATIONS :

RAS.

Lies encouvrement minif haut et bas

Dates	Actes	Observations
13.3.91	Acord bridge 11-12-13-14-15	
3.6.92	Acord bridge 11-12-13-14-15	
12.8.88	Acord bridge 11-12-13-14-15	
31 JAN. 1996	Acord 11-12-13-14-15	Plaque + ridens
25 JAN 2006	11-12-13-14-15	45-725 518
	121-201-202-203	1-43-23 15 FEB 2006
	15 FEB 2006	15 FEB 2006
	st 1/1/12	2/2/45
	1/1/12	7/6/52 3/4/67
	2/2/45	(Bouché)
	2/2/45 + 3/3/55	

27 JUIN 2006

34 - 42 - 26 ext  $D_6 + 2D_{12}/2$   
28 - 37 ext  $2D_6$

15 FEV 2006

44 - 26  $2D_{10} + 45 D_8$  ext  
 $D_{12} + 11 D_{20}$  ext +  $2D_8 D_6$

12/04/06

24 - 25  $2D_6$  ext

15 MAI 2006

43 - 23 oc 2018

28 FEV 2007

stellite Haut 2 | 245  
 $D_{20} + D_{45}$  (SALIH)

25 AVR 2007

33 TR  $D_8 + 2D_8$  24

Ic | 33-44  $2D_{10}$   
in Cenac 133-44  $2D_{10}$   
stellite Bas 72652 | 467

$D_{20} + D_{60}$

(SALIH)

25 DEC. 2012

et Acc  $D_{50}$  Biotobt 26 (cp (13, 21))  
 $D_{70} + D_{45} = D_{115}$  PAP (33, 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47)  
et PAP (25, 24, 22, 12) ANNUEL

02-10-17 zu REN-Brockhaefer & Groves  
C&ENG. (12-02-17) - Frank

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

S	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**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom et Prénom du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

DEVIS

Acc (D50) 26  
extra 26

25 DEC. 2012  
ACC DMS  
~~1000~~

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>① <u>Création d'1 Prothèse Partielle ajustée bas 44 → 34 33 → 37 Dres.</u></p> <p>② <u>PAPrésine flexible haut repas et 25+24+22+12 Dres.</u></p>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	B	B	35533411	11433553	
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
B	B															
35533411	11433553															
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	<del>100</del> D <sub>240</sub>														
	MONTANT DES SOINS	<del>6500DH</del>														
	DATE DU DEVIS	20 - 12 - 12														
	DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
**Dr. ZOURI FADWA**  
Chirurgien Dentiste  
Av. Wafqueui Hay Essalam  
AGADIR - Tel. 044 22 43 33

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

**C** = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
**CS** = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
**CNPSPY** = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
**V** = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
**VN** = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
**VD** = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
**VD** = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
**PC** = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
**K** = Actes de chirurgie et de spécialistes

**SF** = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
**SFI** = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
**AMM** = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
**AMI** = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
**AP** = Actes pratiqués par un orthophoniste  
**AMY** = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
**R-Z** = Electro - Radiologie  
**B** = Analyses

## 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  
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
 - PREVENTORIUM  
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
 - LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
 - globaux comportant un ou plusieurs échelons  
 - dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
 - L'ORTHOPÉDIE  
 - LA REEDUCATION  
  
 - LES ACCOUCHEMENTS  
 - 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

DATE DE DEPOT



**MUPRAS**

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

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 : 0550.8 Fonction : ..... Poste : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Signature Adhérent : .....

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL ABDI ABDELAZIZ Age : .....

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 17-07-2012

Nature de la maladie : .....

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....

la 12-12

AGADIR le 19-07-2012 Dr. LOUBI FADWA

Signature Dr. LOUBI FADWA  
Chirurgien Dentiste  
Av. Wafaoui Hay Essalam  
AGADIR - Tel: 044 22 43 33

ACCUEIL 24 DEC 2012

## VOLET ADHERENT

### DECLARATION

0679233

MUPRAS

Matricule N° : .....

Nom du patient : .....

Date de dépôt : .....

Montant engagé : .....

Nombre de pièces jointes : .....



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

et signature du Soigneur et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés  
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

✓ Denis

25 DEC. 201

manque RX Avant de  
(13,11,13) 1000  
CIENT

**O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

D	H	G
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

*création de l'CCM sur la AA + 23 avec 1/2  
cette sur les 20  
(D180 + D90) \* 2*

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTEST  
**Dr. ZOURI FADWA**  
Chirurgien Dentiste  
Av. Wafquaoui Hay Essalam  
AGADIR - Tel: 052 22 15 33

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

СУББОТЫ

## conditions générales

### POUR LE PRATICIEN

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

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
 PC = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie  
 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
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- 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 Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Attelle Rx  
DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2852  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS N° 040.665

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *EL ABDI MY ABDELLAA ZI ZI*  
 Matricule : *5502* Fonction : *MFC M* Poste :  
 Adresse : *BP 22200 36 BIS, RUE MARHIB B. ARABE*  
 Tél. : *07950 9262* Signature Adhérent : *6*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *EL ABDI MY ABDELLAA ZI ZI* Age : *30 10 14*  
 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

24 DEC. 2012  
 MUPRAS  
 ACCUEIL  
 MOURIT FADWA  
 Signature et cachet du médecin  
 Dr. MOURIT FADWA  
 Av. Wafaoui Hay Essalam  
 AGADIR, TEL. 048 22 43 33

### VOLET ADHERENT

N° 040665

DECLARATION

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :

