

le SAD Abdelkader (CCFP)

MUTUELLE

FICHE INDIVIDUELLE

N° Mle

806

Bénéficiaire : ADHERENT ~~CONJOINT~~ ENFANT

Nom

ESSAKHI ep. SAD

Prénoms

Halima

Sexe F

Né le

5 Aout 1947

à

Photo

Rayé de la Mutuelle le

VISITE D'ADMISSION

Mle 1415 SD

2-76

MEDECIN CONTROLEUR

14/8/06

pl Hepatite @

4/9/07

Colon grave chvick - pabe  
12 Kine

27/11/10

plu sy

12/9/10

CU ps lever

27/8/10

10 beder peler

8/10/10

10 Kine peler

8/12/10

pl confidat

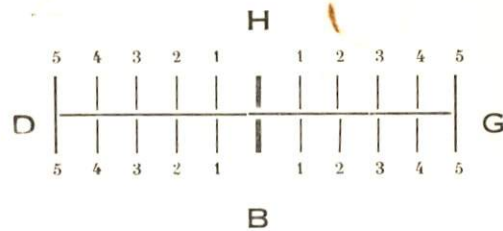
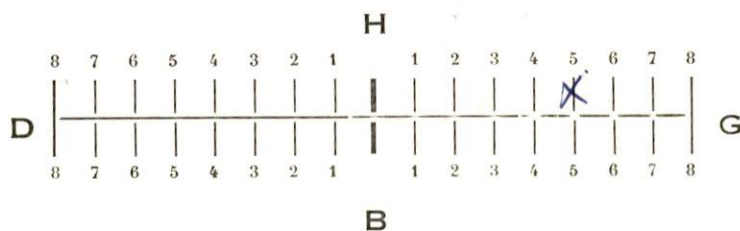
20/01/11

BB sans ordonnance médicale

01/03/11

BB 2 2 4  
OK pour BB (ordonnance Vm)

# VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE



9.X.76) 51, TC tout op. E EXK 2 det T + un parodontal  
 2.7.80) Accord C2V 12 (D60).  
 17.5.89) Accord C2V 21 (D75)  
 14.6.89) Accord au 17.5.89 en 5 melle  
 5.5.92) Accord C2V 51.

26.6.92

G 11 3 dents S 13 3 dents

Bridge 13.17

33.37

4 C2V

Dents manquantes

Dents malades

1-2 JUL. 1993

2 C2V 11.21

240

ELONARI

Prise en charge soins

faits par cabinet Brodsky et associés pour  
 demande Antibelle - Batail ayant déj. réglé.

Dents saines (après trois mois) le

Dents malades 4° au 12 mois 20% le 10 DEC. 1993

Bridge 24-26 - 240 / 480  
 44-46 - 240 / 480

13° au 24° mois 40% le

25° au 36° mois 60% le 3 JUIN 1994

pour services de l'ambulance du  
 10.12.93 (47/6) Accord B 45-42 = 9320

Après trois ans 80% le

Prise en charge prothèse

Dents non manquantes et saines (un an) le

Dents manquantes et dents malades (trois ans) le

faits pour intolérance S.  
 (Vu attestation médecin)

ne le Bridge 44/6 a été fait, on ne fait plus le B. 45-42,  
 la 45 fait partie du 1° Bridge.





## OBSERVATIONS

24/08/11

Archonop's Microscopic K20.

22/08/11

CBE  $\Rightarrow$  Curcuf B. 220 K30

07/09/11

CV 2000 K100 Hydrate, Ph. 100  
Vapour

01/11/11

IT. Echo Bay



806

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

☒ ADHERENT ☐ CONJOINT ☐ ENFANT

Photo

Nom : ESSAKHI Prénom : HALIMA  
Matricule : 806 Date de naissance : 1947 Sexe : -F-

Date

Médecin

Ex. clinique : Poids \_\_\_\_\_ Urines [ A \_\_\_\_\_  
Coeur \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_  
T. A. \_\_\_\_\_ Hernies \_\_\_\_\_  
Ap. resp. \_\_\_\_\_ Râle \_\_\_\_\_  
Ap. dig \_\_\_\_\_ Varices \_\_\_\_\_  
Réflexes \_\_\_\_\_

Ex. complémentaires : \_\_\_\_\_

Antécédents : \_\_\_\_\_

110 AOUT 2012 BB In 19/06

25 JUL 2013

① Infection Néphrite BB In 15/06

② 4 9 Ed. 04/05

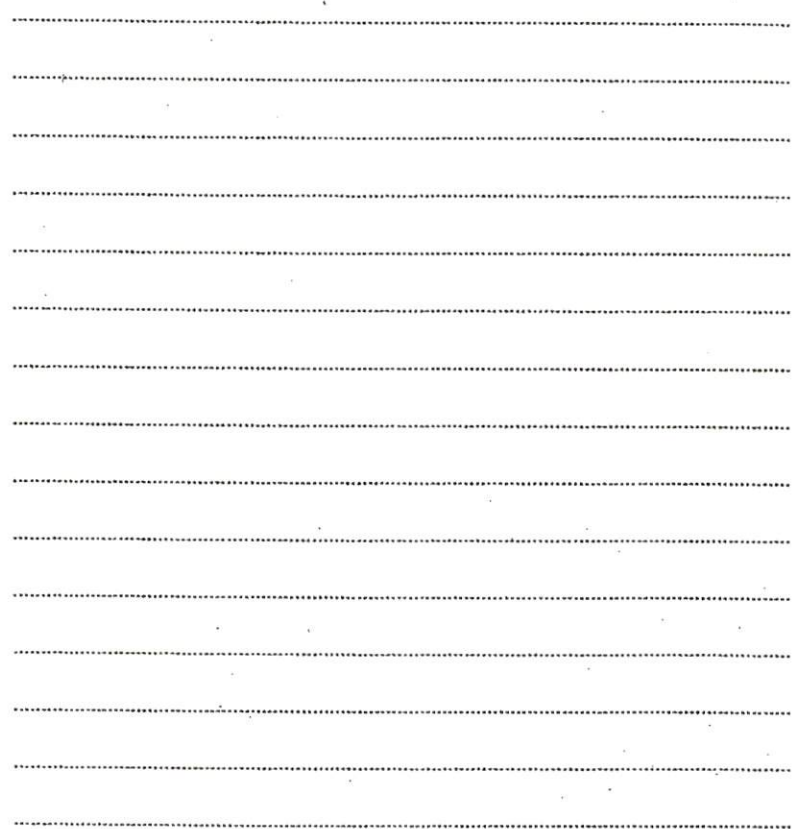
15 AOUT 2013

Vertiges H In 04/05 + BB

02 OCT 2014

Vertiges Céphalée H + BB In 31/07

**OBSERVATIONS:**

[illegible]



05 DEC 2014

① Ruff Nichols Echocardiogram

+ Echocardiogram of the heart

② A4 ORE H du 29/09

③ Ruff Nichols BB du 24/09

5 JUL 2015

Unterschied Asthmer H du 13/06

30 Mars 2016

① Echocardiogram Aorta / Cervical

② BB du 05/02

31 Mars 2016

Chirurgie + BB le 05/02/16

3 Nov 2017

APR BP (13/9/17)  
( $\alpha$  = ventricles + dyspnoea)

N<sup>ue</sup> ESSAKHI Halima

Ep: SAD

Nathieul 0806

Retraitee

Declaration sur l'Homme.

---

Je declare sur l'Homme avoir  
été victime d'une chute avec  
fracture et Entorse grave de  
la cheville en effectuant  
mes travaux menagers à  
mon Domicile.

Signée: N<sup>ue</sup> ESSAKHI  
Halima Ep: SAD

EH.

V u 4 9 7



RAPPORT DE CONTRE-VISITE.

CONTRE-VISITE DEMANDEE LE:

CONTROLE EFFECTUEE LE:

POLICE N°

N° ADH:

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :

NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE MALADE :

DATE DE NAISSANCE :

CIN:

JE SOUSSIGNE DR CHRAÏBI CERTIFIE AVOIR EFFECTUE UNE CONTRE-VISITE SUR LA PERSONNE DE **MME** ESSAKHI L'EXAMEN DE L'INTERESSEE ET L'ENTRETIEN QUE J'AI EU AVEC ELLE ME PERMETTENT DE DONNER LES CONCLUSIONS SUIVANTES :

NATURE EXACTE DE LA MALADIE :

DATE DE DEBUT DE LA MALADIE :

SIGNES FONCTIONNELS :

SIGNES PHISIQUES :

CICATRICE OPERATOIRE :

LA MALADIE EST CONFORME AVEC LA NATURE DECLAREE.

LA MALADE : CONNAIT LES MEDICAMENTS ET LEUR UTILISATION.

LE TRAITEMENT : EST EFFECTIVEMENT APPLIQUE A CETTE PERSONNE.

AUTRES CONSTATATIONS :

AVIS DU MEDECIN CONTROLEUR :

ACCORT POUR :

SEJOUR :

GESTE :

CABINET :

CLINIQUE :

Docteur CHRAIBI Abdelfattah

Généraliste - 12 ans d'expérience

Tél: 022.29.53.01/29.54.48

Alle 00806

56554

# RAPPORT DE CONTRE-VISITE

CONTRE-VISITE DEMANDE LE :  
CONTROLE EFFECTUEE LE :

09/09/11  
09/09/11

Je l'ai vu  
OK 3000

POLICE N°  
N° ADH :  
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :  
NOM ET PRENOM DE LA PERSONNE MALADE :  
DATE DE NAISSANCE :  
CIN :

ESSAKHI  
Harima

1947  
A 84356

JE SOUSSIGNE DR CHRAIBI CERTIFIE AVOIR EFFECTUE UNE CONTRE-VISITE SUR LA PERSONNE DE MME ESSAKHI L'EXAMEN DE L'INTERESSEE ET L'ENTRETIEN QUE J'AI EU AVEC ELLE ME PERMETTENT DE DONNER LES CONCLUSIONS SUIVANTES :

Harima

NATURE EXACTE DE MALADIE :

Erolapny Total

DATE DE DEBUT DE LA MALADIE :

SIGNES FONCTIONNELS :

SIGNE PHISIQUES :

CICATRICE OPERATOIRE :

LA MALADIE EST CONFORME AVEC LA NATURE DECLAREE

LA MALADE : CONNAIT LES MEDICAMENTS ET LEUR UTILISATION

LE TRAITEMENT : EST EFFECTIVEMENT APPLIQUE A CETTE PERSONNE

AUTRES CONSTATATION :

K100 + K80/2 = (K140)

AVIS DU MEDECIN CONTROLEUR :

ACCORT POUR :

K140

SEJOUR :

35

GESTE :

Gharbi

CABINET :

CLINIQUE :

Hystérie

Docteur CHRAIBI Abdelfattah  
Gynécologue - Accoucheur  
122, Bd. d'Anta 4e étage  
CASABLANCA  
Tél: 022.29.53.01/29.54.48

Am voie Bame  
+ am - S  
Erolapny





Rabat, le 16/07/16

Docteur

N° - ESSAHRI Halima 63  
G III P III 3 AT 1 VB, leucémie,  
prolapse genital

du 3 - degré avec  
cervicite, hystérite  
cervicite et hémorrhagie  
nécessitant une chirurgie  
avec excision  
de l'utérus et  
placenta.

Docteur Mouna KHARMACH  
Gynécologue Obstétricienne  
Hôpital Universitaire International  
Cheikh Zaïd