

MUTUELLE

N° Mle 1647

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

~~ADHERENT~~ - CONJOINT - ~~ENFANT~~

NOM : BOUTGAYOUT Prénoms : Zahra

Date de naissance : 13.09.54 Sexe : F



Date 17 AVR. 1992

Médecin

Docteur M. Boujain

Ex. Clinique : Poids 67 kg.
Cœur NL
T. A. 12/7.
Ap. resp. NL
Ap. dig. RAS.

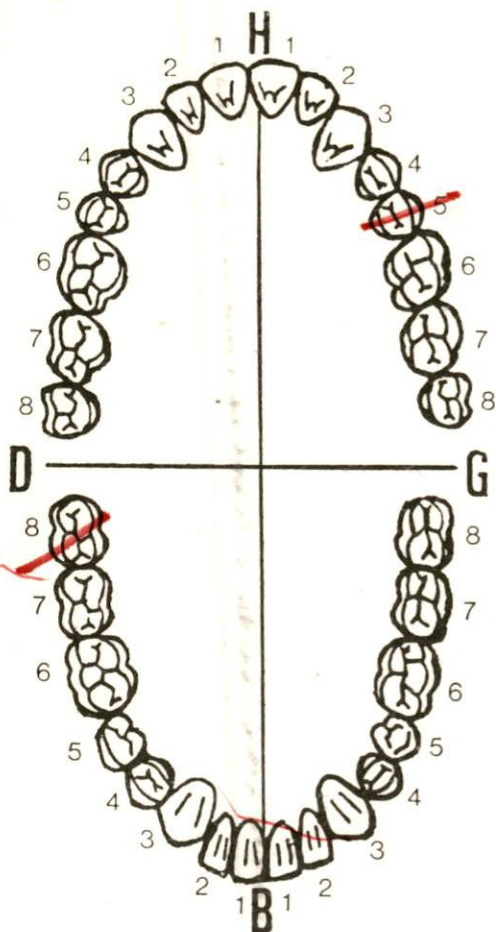
Urines { A = 0
S = 0
Hernies = Neant
Rôte
Varices RAS.
Réflexes Nx.

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

05/06/03 OD + 0,10 OG + 1,25 Afs ODE + 1,25
19/05/14 OD + 0,50
OG + 1
25-02-14 ou RIN DNI D + H12 h1 03mo
(19-05-14) + h12 (20-05-14)

OBSERVATIONS :



OBSERVATIONS :

Dates	Actes	Observations
17 JUIN 1934	TL 36 COU 36	120 04 F. M. A. Agadi
2-4-19	BPR Dno	Ext 24

06 Janv 2016

(1) HTA + Anger + David
H. In 11/12

(2)

OD + 1,25

OG + 1,16

) OD + 2,16

~~08-01-16~~

~~1) R. In~~
~~2) R. In~~

~~VL~~

~~OG + 1,16~~

~~VL~~

~~OG + 1,16~~

26 Mai 2016

David

le 31/03 + BB

18 Octo 2016

HTA + Diabète H. en 03/08

20 Janv 2017

OD + 1,16

OG + 1,15

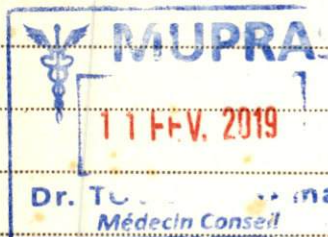
OD + 2,25

11-04-18 sur Rm Mobile B. 17-01-18

15-01-19 sur Rm David + Anger
Velo 8' effort f. 101-11-18

07 Mar 2017

an anti HTA - (comme HTA)
~~ordonnance~~ (11/10/17)



(OK)
ordonnance de 21/10/17

المملكة المغربية
شهادة التسجيل



رقم
01200281

بلادي

الاسم العائلي

روهرة

الاسم الشخصي

1954.09.13

تاريخ الازدياد

جن احمرية

الجنسية

مدون

المهنة

رحلة / بيودي الدمشيرة ايدي،
ماتول اكادير

المعنوان

1989.04.02

مستوح بالاقامة لغاية

1989.04.02

يتم العمل بهذه الشهادة إلى
ختم

رئيس سياتي الطوير العام للأمن الوطني

الامضاء: التولاوي م.

ROYAUME DU MAROC

CERTIFICAT D'IMMATRICULATION



NO. 0120028T

NOM BELKADI

PRENOMS

ZOHRA

DATE DE NAISSANCE

13.09.1954

NATIONALITE

ALGERIENNE

PROFESSION

SANS

DOMICILE RUE BAJJADI OCHEIRA AIT
MELLOUL AGADIR

SEJOUR AUTORISE JUSQU'AU 02.04.1989

CT. VALABLE JUSQU'AU 02.04.1989

P. LE DIRECTEUR GENERAL DE LA SURETE NATIONALE
LE CHEF DE LA SOUS DIRECTION DE LA REGLEMENTATION

SIGNE: M. TADLAOUI

☒ valable 3 mois

Le 24/04/2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné : **Dr. Salim Eddine Riqui**
Av. Hassan II, Im. Ifrane 3
AGADIR
Tél/fax: 05 29 84 84 10

Certifie que M^{lle}, Mme, M. : **BELKADI Zohra**

Présente **Dr. Salim Eddine Riqui**

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Aïal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Helntz) - Casablanca

Dr. Salim Eddine Riqui
Av. Hassan II, Im. Ifrane 3
AGADIR
Tél/fax: 05 29 84 84 10

☒ valable 3 mois

Le 24 JAN 2015

7642

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

Docteur OUARDI Mohamed
Bd. Omar Ben Al Khatab
N° 43 (Stade Ahmed Fana)
Dcheira El Jhadia
Tél: 05 28 83 83 48

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BEL KADI ZOHRRA.

Présente

un Diabète type 2

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée = Maladie chronique

Dont ci-joint ordonnance :

Metformine = Glucophage SD

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Aïal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Docteur OUARDI Mohamed
Bd. Omar Ben Al Khatab
N° 43 (Stade Ahmed Fana)
Dcheira El Jhadia
Tél: 05 28 83 83 48