



# MUPRAS

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

## FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT  CONJOINT  ENFANT

~~ENFANT~~

Nom : BIENZEKRI Prénom : OTMANE

## Photo

Date : ..... Médecin : .....

Ex. clinique : Poids ..... [ A ..... ]

Coeur ..... Urines | S .....

TA Hernies

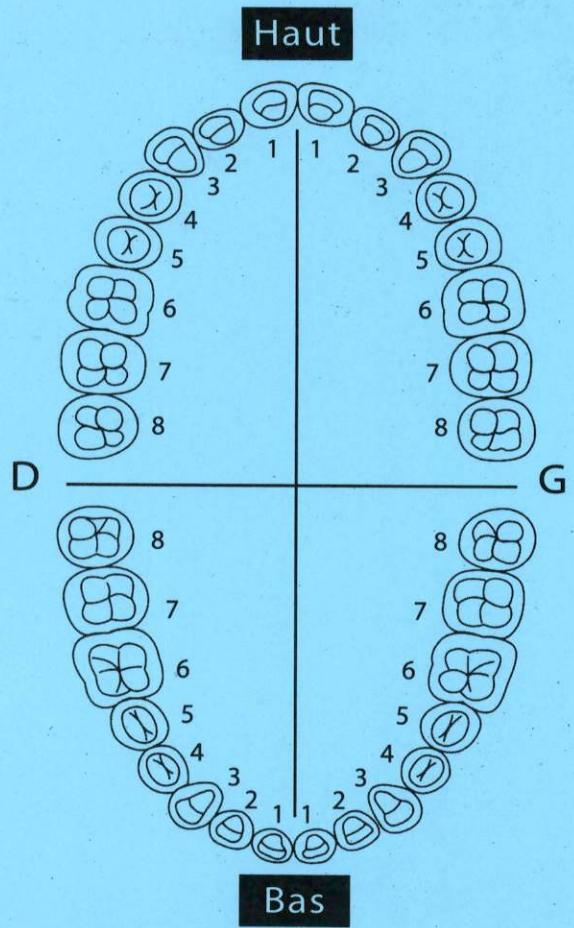
Aménagement des sites de pêche et de pêcheurs dans les îles de la baie de Gaspé (1998-2000)

Ap. Resp \_\_\_\_\_ Rate \_\_\_\_\_

Ap. dig ..... Varices .....

Antécédents : \_\_\_\_\_

ACCORD MUPRAS : \_\_\_\_\_



## VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

## OBSERVATIONS :

#### SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODT.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

W17-10430

DATE DE DEPOT  
19.09.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 026 59	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom <b>BENZEKRI JAMAL</b>		Signature de l'adhérent	
Fonction : <b>RETRAITE</b>	Phones <b>0668592927</b>	<b>JF</b>	
Mail <b>benezekri.jamal@gmail.com</b>			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>OTHMAN</b>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> Age <b>28.02.2006</b>	Date <b>24.06.2011</b>		Date 1ère visite
Nature de la maladie			
<b>Soin dentaire</b>			
S'agit-il d'un accident ? Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>PHARMACIE</b>	Date		
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES</b>		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV