

FICHE MEDICALE D'ADMISSION  
ADHERENT - CONJOINT - ENFANT



Nom : Abdelmalik Prénom : Sana Naba  
Matricule : 5098 Date de naissance : 24/06/97 Sexe : F

Date 07/08/02

Médecin

Ex. Clinique : Poids .....  
Coeur .....  
T. A. .....  
Ap. resp. .....  
Ap. dig. ....

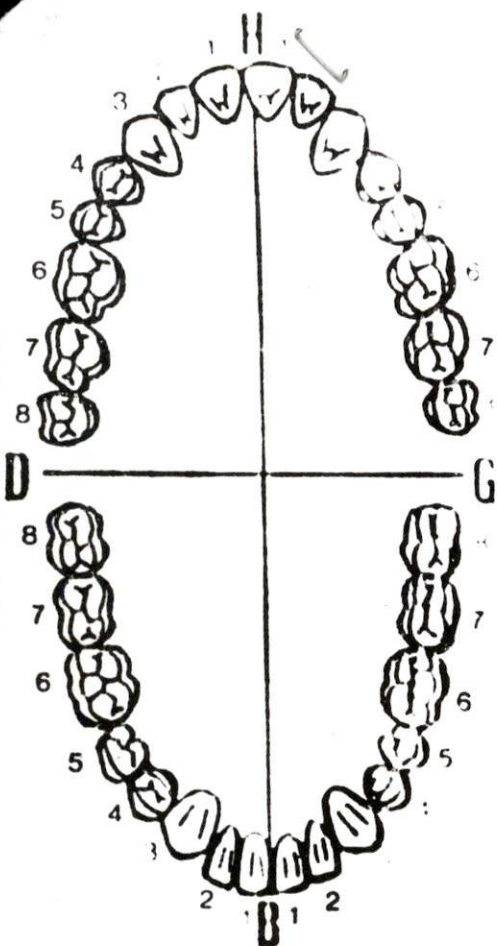
Urines { A .....  
S .....  
Hernies .....  
Râte .....  
Varices .....  
Réflexes .....

Ex. Complémentaires : .....

Antécédents : .....

30/11/03 ANG + UVA K30 1/1  
Anelle  
2/6/03 ANG + UVA + M'cht K30 1/1  
19-01-16 su Rtn Anelle  
VL OD = - 0,75  
OG = - 0,50 (- 0,50 à 3°)

# VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE



OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| Dates        | Actes                                                        | Observations |
|--------------|--------------------------------------------------------------|--------------|
| 21/8/02      | 67-62-51 3012                                                |              |
| 12 NOV 2008  | panor 216<br>C du                                            |              |
| 25/8/9       | 16-26-36-46 obt 9070                                         |              |
| 27 FEV. 2013 | BPR D45 Bilan ODF                                            |              |
| 04 MARS 2013 | Acc Dgo 1 <sup>er</sup> semestre ODF (LAKAKI)                |              |
| 17 AVR. 2013 | BPR Dgo (Acc 4.3-13) dernier Semestre<br>Accorde Par Nupres. |              |

Janv 2016

BPR D67 (Bio+obt) 24 ⊕ obt (16, 17, 27)

17 Jul 2018

Acc D60 Bio (15, 46) ⊕ Det  
⊕ obt 25 ⊕ Ext 48

et

Acc D640 (Ice+ccz) 26 et ccz (15, 46)  
(Nauredine Nadjani)

AN Nale

13 Nov 2018

BPR D60 Bio+obt (15, 46)

Scal 2017/2018  
+ Chelbi

PEC  
Laser Dental  
Marrakech

9055g

9055g

12 Jul 2018  
Auc + D60

Rx app

### SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est tenu de présenter la dent traitée, la prothèse ou le matériel, 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES                  | Dents<br>Traitées | Nature<br>des soins       | Coefficient | Coefficient des   |
|----------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------|-------------------|
|                                  | 26                | Inlay Core                | 1.000,00 DH | Montant des soins |
|                                  | 26                | Couronne Full Zirconie    | 5.500,00 DH |                   |
|                                  | 25                | Obliteration au composite | 500,00 DH   | Début d'exécution |
|                                  | 15                | Traitement canalaire      | 1.500,00 DH |                   |
| <b>Prothèses dentaires</b>       | 15                | Couronne Full Zirconie    | 5.500,00 DH | Montant des soins |
|                                  | 46                | Traitement canalaire      | 3.000,00 DH |                   |
|                                  | 46                | Couronne Full Zirconie    | 5.500,00 DH | Fin de            |
|                                  | 48                | Extraction D10            | 2.000,00 DH |                   |
| <b>TOTAL Devis: 24.500,00 DH</b> |                   |                           |             |                   |

**VOLET ADHERENT** NOM: \_\_\_\_\_ Mlle \_\_\_\_\_

DECLARATION N°: **W18-363029**

Date de Dépôt: \_\_\_\_\_ Montant engagé: \_\_\_\_\_ Nbre de pièces jointes: \_\_\_\_\_

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### MUPRAS

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

W18-363029

DATE DE DEPOT: 10/07/2018

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT** Mlle 5098

Nom & Prénom: **ABDERRAHIM Abdellah**

Fonction: **Retraité** Phones: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**MEDECIN** Prénom du patient: **SARA NAHA**

Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒ Age: **44 ans** Date: **10/07/18**

Nature de la maladie: **Soins Dentaires** Date 1ère visite: \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident: Causes et circonstances: \_\_\_\_\_

| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
|------------------|---------------------|---------------------------------|
|                  |                     |                                 |

**PHARMACIE** Date: \_\_\_\_\_

Montant de la facture: \_\_\_\_\_

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date: \_\_\_\_\_

| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------|---------------------------------|
|                              |                                 |

**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date: \_\_\_\_\_

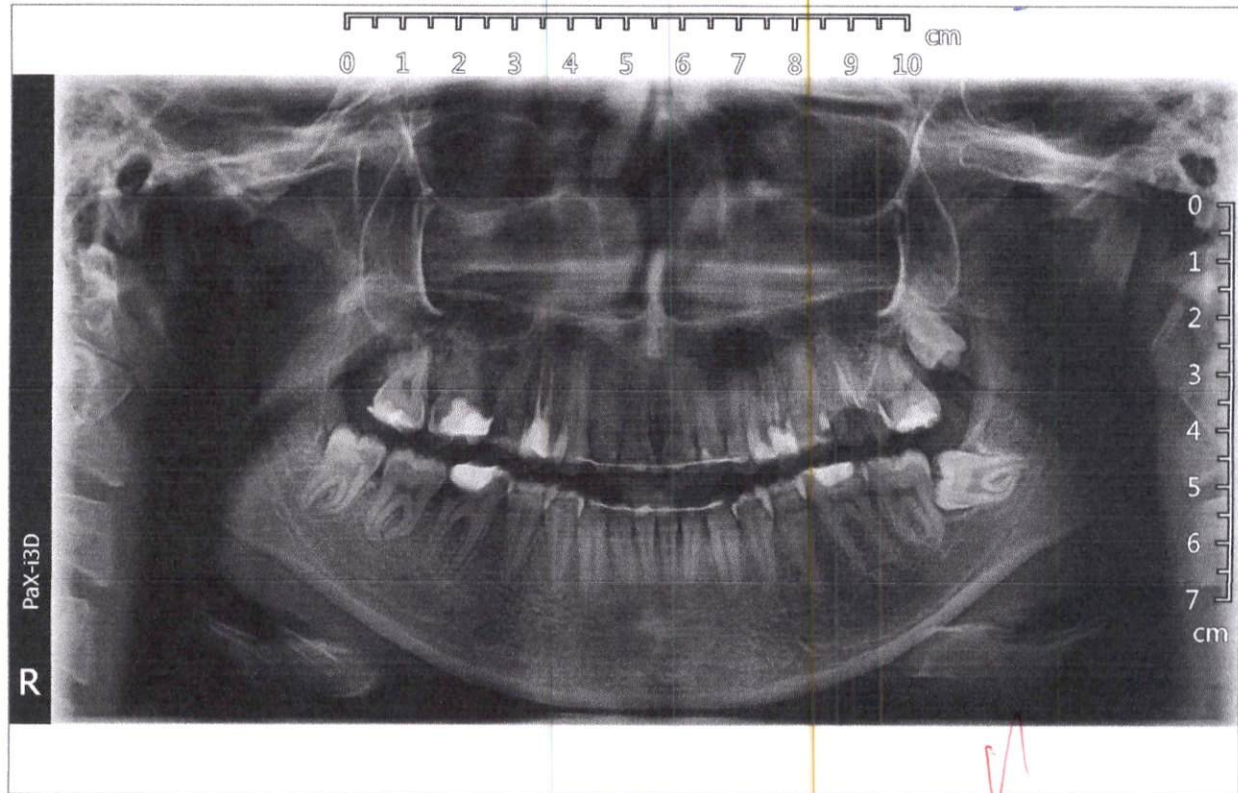
| Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--------|----|----|----|---------------------------------|
| AM     | PC | IM | IV |                                 |
|        |    |    |    |                                 |



m.laserdentalclinic@gmail.com

Chart No: 20180710\_123117

Name: ABDERAHIM Sara Maha Gender: Female Age: 21Y



17 Jul 2018