

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - CONJOINT - ENFANT

Nom : AA R A I C H Prénom : Leila
 Matricule : 2488 Date de naissance : 12/03/1993 Sexe : F

PHOTO

Date : 031 06 / 1995

Médecin

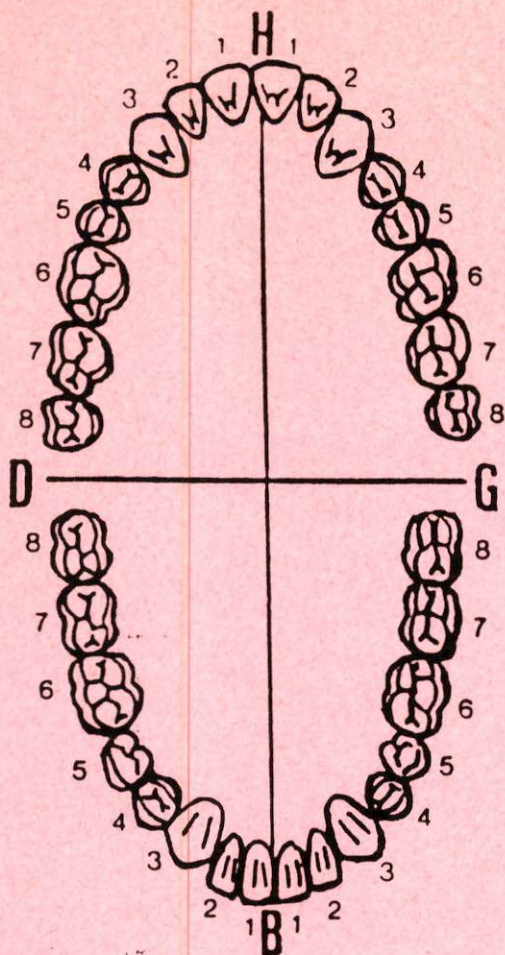
Ex. Clinique : Poids
 Coeur
 T. A.
 Ap. resp.
 Ap. dig.

Urines { A
 S
 Hernies
 Râte
 Varices
 Réflexes

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

3/11/04 OD = -12, 00
 OS = -13, 00
 5/12/06 OD = -12
 OS = -13
 17/7/10 OD = -14 + hypermetropie < 2°
 OS = -15



VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dates	Actes	Observations
3/6/99	11 D12 + 55-84-85-46 4.D10 + 25 de 830 74 D28	
19 DEC. 2011	Acc 46 Bio+Ag D35 (14, 24 Bio 2x D15 (4) cp 36, 37 D20 + Det D24 + 2 RX 27 → D109 Acc IC+CCN (11, 14, 24) et CCN mm 46 mit D560 RX apr (Zoubir)	
12 JUL. 2012	Bla D109m27 (D520 (Acc du 19-12-11) D520 arlier de 560 can (IC) existe déjà Sm 11 donc peut CCN par 11. (donc 6 D10)	

20 FEB. 2012

101 - 15
106 - 17



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Ok 2488

le 29/07/2010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien	
Docteur	
OPHTALMO CLINIQUE	
DE CASABLANCA	
Je soussigné:	A. BENKIRAN Ophtalmologiste
	13, Rue des Papillons, Oasis Casa Tél: 05 22 25 71 71 (SLG) / Fax: 05 22 25 11 15
Certifie que M ^{lle} , M ^{me} , M:	AAABICH LAILA
Présente	une forte myopie.
Nécessitant un traitement d'une durée de:	Couper l'oeil
Dont ci-joint l'ordonnance	
(A défaut noter le traitement prescrit)	

(✓) : valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

Docteur
A. BENKIRAN
Ophtalmologiste

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ royalairmaroc.com