

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/06/2020	C	C	120 DH	<p>الدكتور فاطمة العلوي Dateeb El Hachchi Fatihah N°1, Imm.A28 Résidence Addamane Ain shock CASA - Tél:0522.50.11.90 INP: 091054296</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. EL AAOUI Aicha J 3,6, AV. du 2 Mars Andalous 1 Tel : 05.22.28.57.84 - Casablanca	13/06/2020	211,80

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Déclaration de Maladie

N° P19- 065085

ND: 30103

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2069

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : Mr. SOUMMANE ABDESSADEQ

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Habituelle

0522 856583

120 DH + 211,80 = 331,80

Tél. 0766 606789 Total des frais engagés : 331,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/06/2020

Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gastro Entérite Hémorroïdes

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 13/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :