

# Déclaration de Maladie

Nº P19- 060405

61809

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2320

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom :

RAHHALI Abdellkader

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.67.71.35.78

Total des frais engagés : 613,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHIAFE Fatima Age: 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : MALADIE CROMIGNE

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 : 01/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 04/11/20 | 413,30                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# الدكتور محمد علي بناني

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي  
التشخيص بالأمراض فوق الصوتية والدولي  
تسجيل مستمر لخطط الدم لمدة 24 ساعة  
تخطيط القلب عند المجهود  
علاج الدوالي (العروق المتفخة بالساق)  
بالموعود



مركز فحوصات القلب والشرايين  
CENTRE D'EXPLORATIONS  
CARDIOVASCULAIRES

03/11/2017

الدار البيضاء، في :

Casablanca, le :

KHATE

RATIMA

ep LAIA ALI



25,00

37,00

34,60 x 2 CAP x 14

122,10

20,00

413,30

122,10

37,00

37,00

Traitemen à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

11/12/2017



د وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء  
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nii) - 1<sup>er</sup> Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca  
الهاتف/الفاكس : 05 22 59 59 00 - البريد الإلكتروني : bennanimedali@yahoo.fr



Le 29/01/2002

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M : Khalida TAHIRI

ex PHARMACIE

Présente

François A. L. TAHIRI

Nécessitant un traitement d'une durée de:

AVIC

1mois

Dont ci-joint l'ordonnance: .....

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

PHARMACIE DE L'Hôpital  
Quartier Nicolas Rue La Fontaine  
N° 56,57 = MOHAMMEDIA  
61-103 31-51-80