

MUTUELLE
PNC

N° Mle

6108

2453

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

ADHERENT - ~~CONJOINT~~ - ENFANT

NOM : CHOUFANI Prénoms : Mania

Date de naissance : 1962 Sexe : F



Date 18 JUL. 1986

Médecin

Dr. BOUJIBAR

Ex. Clinique : Poids

46,500 Kgs.

Cœur

NP

T.A.

11/6

Ap. resp.

NP

Ap. dig.

NP

Urines

A 0

S 0

Hernies

NP

Rôte

Non palpable

Varices

NP

Réflexes

Nx

Ex. Complémentaires :

Antécédents :

RAS

CU Mr JADAN

10/5/02

no 113/88/100

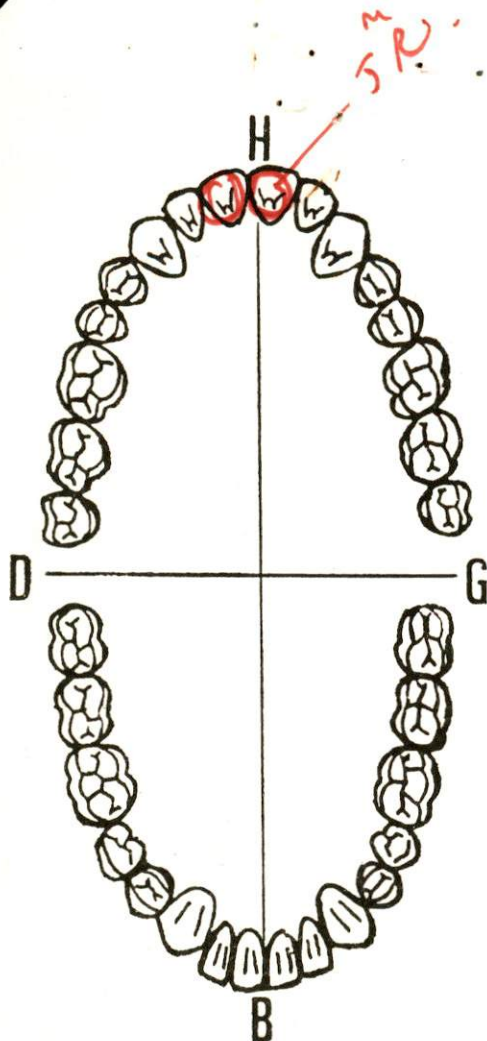
Maladie fœtale au Maroc

21/7/82 Eval définitif 2j ch. Hahn
30/6/82 au 1/7/82 Mr Dial Mup/Mucho
11/12/82 7j définitif ch. Hahn
17/4/88 no 5 bez chetlepro ANNO 15
30/4/88 1j ch. Hahn
21/1/89 - 1j ch. Hahn
28/9/88 2j hopital ch. Hahn

VISITE D'ADMISSION - CONTROLE DENTAIRE

18 JUL. 1986

OBSERVATIONS :



Dates	Actes	Observations
30/3/94	Acend ecm 17.	
08 NOV. 1996	Acend ecm 11 et ecm 21	(D5 HASTI)
21/1/99	Pon' d'p ecm 24 → 26	3D100 1
29/01/01	43-44-45-44-35 5 D10	
24/1/01	Pon' d'p ecm 35 → 37	3D100 11
29/10/03	13 D12	
12/5/04	Pon' d'p ecm 16-15 X	3D100 11
21/5/04	14 D6 + D3 + 16 D28.	

15/12/88 - 2 de p... 100 Psycho
m... g... a 24 h...

11/8/01 Ed de... 10j 10c/kr

22/2/02 de force + op...

15/4/02 gl de... c...

24/10/02 Ed de... 1j 3kr

14/2/03 TNT psychologie 15°
17 Sept 02

17/6/03 P... seen + 5/En 5

21/11/03 TNT psychologie = Novis 05-06
07-09 10-11/2000-

20/7/04 bl Ref... 0/kr

14/12/04 14 Psycho x 2us (22/9/04)

25/11/05 bl cep

6/10/05 14 Psycho de 20/9/05

9/2/06 OP/06 = +1

28/11/00 bl cep

31/11/06 v/b 1000 2j

30/8/06 cer on tellu... partie centre

21/8/00 1j 14... Realist

12/9/06 14h 2nd - 14h 2nd

30/11/06 14 Psycho de 31/8/06

26/12/08 14h 14h 015 Bille Radio plus confidentiel

2H/7

2j psychologie 2e/8

3/1/7

pl. reg + TM cultu

15/6/7

Tur psychologie 6e de 2/3/7A

23/7/7

Reel 3e 70 psych

26/7/7

pl. reg cultu

700 psych + conseil 3e 8/7/7

6/10/7

upul 8e 700

8/11/7

Echo 1e 700

22/11/7

TM cultu

Duplipece 1e de conseil

3/7/08 16/6/08

3/10/8 21/10/8 16/11/8 16/12/8

28/10/08 29/10/08 30/10/08 31/10/08

ROYAUME DU MAROC



NO.

BE 10692

PRENOMS

MARIA

NOM

CHOUFANI

DATE DE NAISSANCE

10.10.1962

PROFESSION

HOTESSE DE L'AIR

DOMICILE RES. JASSIN MOHAMED

2 RUE ABQU EL WAGT ET.5

APT.38 CASA 12002

10.10.1962

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (*)
(A adresser à l'attention du Médecin Conseil, sous pli confidentiel)

JE SOUSSIGNE DOCTEUR : DR TYAL Mohamed Hachim

CERTIFIE QUE Mlle, MME, MR : CHOUFANI Farid

PRESENTE : So Anxiété - Dépressif

NECESSITANT UN TRAITEMENT D'UNE DUREE DE :

DONT CI-JOINT L'ORDONNANCE.

(A DEFAUT NOTER LE TRAITEMENT PRESCRIT)

Hept Amyl
Laroxyl 50 :
Laroxyl 25 :
Laroxyl 6ttes
Stablon
Xanax 0,5.
Anxiol.
Stipnox
TENESTA 2

(*) VALABLE 3 MOIS ET RENOUVELABLE 1 FOIS

Dr. TYAL M. Hachim
PSYCHIATRE
35, Rue Ibn Batouta - CASABLANCA
Tél: 022 44.18.44/022 50.00.09



عيادة أمراض الجهاز الهضمي Cabinet de Gastro-Enterologie

DOCTEUR LAHLOU OMAR

**SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF**

Foie, Vescule Biliaire, Estomac
Intestin, Hemoroïdes

**ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
PROCTOLOGIE**

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France
Ancien attaché au C.H.U. de Toulouse
Ancien Médecin des F.A.R.



الدكتور لحلو عمر

**اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
وجراحة البواسر**

(الكبد - المرارة - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسر)

الفحص بالمنظار الداخلي بالأشعة الصوتية وجراحة المخرج

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب ملحق للمركز الصحي الجامعي بتولوز سابقا

طبيب القوات المسلحة الملكية سابقا

MME CHOUFANE MARYEM SOUS MATRICULE 6108

Casablanca, le **30 AOUT 2006**

Rapport de la contre visite

**Mme CHOUFANE MARIYEM a été admise a la clinique
LA SOURCE le 29/08/06 pour douleurs abdominales avec
dépression et problème hépatique et elle quitte ce jour
cette clinique contre avis médicale .**



21/08/06

Mme CHOUFANI Namé
N° 608-

le 08/07/003

A Monsieur le Responsable
de la Mutuelle.

Monsieur,

Ayant été longtemps malade
(voir dossier médical Mutuelle, + Service
médico social) et ne pouvant traiter
correctement mes dossiers mutuelles,
je me suis trouvée sous l'obligation
de le faire une fois rétablie -
ci joint déclaration maladie chronique
 dûment remplie & signée par
mon médecin traitant qui le cas
échéant pourra être prouvé par vos
soins, ainsi que les dossiers mutuelles.
Ces faits ont votre gentillesse
et votre bienveillance.
Je vous prie d'agréer mes
le responsable l'expression de mes
sentiments respectueux

Dr M. A. S.
Médical
09/07/03

