



- دبلوم التخصص في أمراض القلب بكلية الطب بتانسي
- دبلوم في الفحص بالصدى بكلية الطب بتانسي
- دبلوم في أمراض القلب الرياضي بكلية الطب ببافيس
- أمراض إيقاع القلب
- طبيب سابقا بمستشفيات فرنسا
- عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض القلب و الشرايين

diplôme d'étude spécialisée
en Cardiologie de la faculté
de Médecine de NANCY
diplôme d'échocardiographie
de la faculté de Médecine
de NANCY
diplôme de Cardiologie du sport
de la faculté de Médecine de
NANCY
Cardiologue
Médecin praticien des Hôpitaux
de France
Membre de la Société
Française de Cardiologie

184705

Dr. Mourad FILALI LEMDERSI
Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

د. مراد الفيلالي لهدرسى
إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

28/11/2023

Mme/Mr :

Mme ELGOURARI Ahlam
Berrechid le :

- Cholestérol T, LDL, HDLc, Triglycérides
- HbA1c
- Urée, Créatinine
- Natrémie, Kaliémie
- NFS Plaquettes
- TSH ultra sensible
- D-dimères
- CRP

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N°1 - Berrechid - Tél: 05 22 51 76 61
Email: filali.cardiologie@gmail.com - **Gsm Urgence: 06 84 84 15 15**



Déclaration de Maladie

N° M21- 080224

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-80224

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :