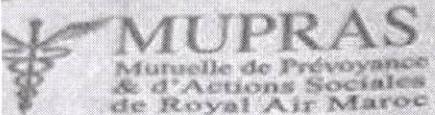


REC
147827



Déclaration de Maladie
M22- 0057671

Docteur Mohamed BEN EL AYFAR
Spécialité en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologie

- Ancien Chirurgien au CHP Lieutenant Mohamed Baouafi - Casablanca
- Ancien Chirurgien au CHU Averroès Casablanca

Sur rendez-vous

Vaste lésion Abdominale

الدكتور بن العيضر محمد

أخصائي في جراحة وتقديم المعلمات والتفاصيل
جراح سابقاً بالمركز الاستشفائي محمد الخامس الدار البيضاء
جراح سابقاً بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

بالموعد

Casablanca le

- 2 FEV. 2003

IRM cervicale

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
180, Bd Oued Sebou Wiam,
Casablanca - Tel 0525 545 648

م. ١٨٠ - شارع محمد السادس ، الدار البيضاء ، رقم ٣٢٥ ، برج الولام .
 بld Chouf Robit , (au dessus LYDÉCI) - ١٨٠، Bd. Oued Sebou, Résidence Saad,
 Quartier Wiam , Oulfa - Casablanca
 Tel : ٠٥ ٤٠٣ ٩٣ ١٠٦ / ٠٦٤٦ ٦٤٦ ٦٤٦ : م. ١٦٣
 Urgences : ٠٦ ٧



MUPRAS
 Mutuelle de Prévoyance
 & d'Actions Sociales
 de Royal Air Maroc

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 :

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR
 Chirurgie Orthopédique
 et Traumatologie
 180, Bd. Oued Sebou, Wiam,
 Casablanca - Tél. 0646.646.646

Date de consultation : - 2 FEV. 2023

Nom et prénom du malade : *Brahim Abdennour*

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *NCB gicle*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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.

Le : / /

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0057671**

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 :

urgences : ٠٥ ٧٢ ٧٤ ٧٤ ٠١ - ٢٠٠٠