

PEC
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

U Ba W i Abdoula w a u

Casablanca le

- 2 FEV. 2023

IRM Cervicale

الدكتور بن العيضر محمد
أخصائي في جراحة وتقويم العظام والمفاصل
جراح سابقا بالمركز الإستشفائي محمد بواقي الدار البيضاء
جراح سابقا بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد الدار البيضاء
بالموعد

Dr. Mohamed BEN EL AYFAR
Chirurgie Orthopédique
et Traumatologie
180, Bd. Oued Sebou, Wiam.
Casablanca - Tel 6646 646 648

180, Bd. Oued Sebou, Résidence Saad, Oujda - Casablanca
Tél : 05 400 93 100 / 0646 646 648 : الماتف : Urgences : 06 7



Déclaration de Maladie M22- 0057671

☐ 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 0646.646.648

Date de consultation :

- 2 FEV. 2023

Nom et prénom du malade :

Brakim Abdoulaye

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

NCB file

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.

Fait à :

Le :

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 : 06 72 74 74 01