

N° W21-821900

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM Société : 181528

Matricule : 12242

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : Rachid Chaim

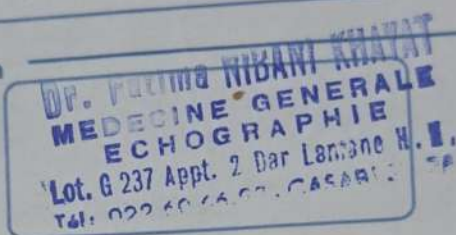
Date de naissance : 19/07/1986

Adresse : DARI'S 2 AP 17 Sm 10 Mouaceur Casablanca

Tél : 0663038345 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : RACHID CHAIM Age : 37

Lien de parenté : ☒ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**

Nature de la maladie : gynécologie

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 : 11/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie

N° W21-821900

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

Matricule : \_\_\_\_\_  
Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_