

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Reeducation. Apres PTG Le 13/3/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 546 e-mail : TAOLHER.Mohammed Phones : 0661181712
Nom et Prénom de l'adhérent : TAOLHER. Mohammed
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je sous-
Estime
Nécess
Un acte

**CLINIQUE
DU VAL D'ANFA**

108845



مصحة
فال أنفا

Casablanca, le

24/03/2020

Renseig
de la MI

Cachet,

Décision

N.B. ce
ouvrabl

PTB gauche avec
léger pliement
Brûlure 1%
de peau du cuir du
jeuon 6 en décarbile

Veinhad Pr. Abdelkrim Skouri
Spécialiste en Traumatologie
Bureau B.N° 1001 Orthopédie

Déclaration de Maladie

N° W21-623765

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **546**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **JAOUHER. MOHAMMED.**

Date de naissance : **01/01/1945**

Adresse : **18 Rue Bellouch. Haouy
OASIS - CASA**

Tél : **0661181712** Total des frais engagés : **Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B N°258 Rue Mustapha El Maani
Mers Sultan-Casablanca : 0522 22 33 01
Tél: 0522 22 33 00*

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Goutteuse faciale enflammée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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