

Déclaration de Maladie

W21-831151

Maladie

Dentaire

Optique **198439** Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **9634** Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HAMDAI YOUSSEF**

Date de naissance : **11/08/1971**

Adresse : **164 CITE EL HAMRA NOUAKHODIA**

Tél. : **0661052436**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **EL HAMDAI YOUSSEF** Israe.....

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Anémie**

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 : **Carabache**

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-831151

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 : **9634**

Nom de l'adhérent(e) : **EL HAMDAI YOUSSEF**

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/03/2012	CD	CS	300,00 F	Professeur Assistant Médecin orthopédiste Hôpital de la Croix-Rousse Lyon
				Secrétaire

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES VASCULAIRES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

AUXILIAIRES MÉDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



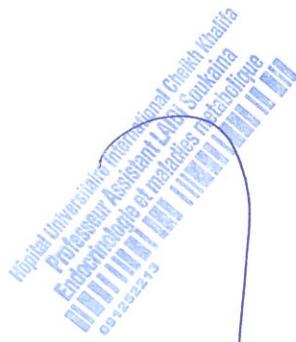
وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

27 ISRAË EL MCHANTEF

- Test aux synapses

aux 17-OHL.





وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

٠٨/٣/٢١

Je sens que je suis en état d'Israël
présent une rigidité dans les jambes
et bras de temps à autre.
nécessite un test au synactif,
ce certificat est délivré à l'honneur
pour éviter ce genre de

