

**Dr. Ali OUDGHIRI**

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif

(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Ancien Spécialiste des hôpitaux Militaires du Maroc

Membre de la société nationale française de gastro-entérologie

Vidéoscopy digestive - Echographie digestive

Cathéterisme rétrograde des voies biliaires (CPRE)

Proctologie Médicale et Instrumentale

Chirurgie Anale

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules - Abcès)



الدكتور علي الودغيري

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابق بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عضو الجمعية الفرنسية الوطنية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالأشعة مافق الصوتية (التلفاز)

الفحص الداخلي بالمنظار القديم للمعدة والأمعاء

جراحة البواسير

200154

Casablanca le : 25/03/2024

Mr Amel SCALLY ASSADY

- Transaminases , Ch + TG + TAG
- TP TCA , glycine + Hb glyquée
- NFS vs CRP Fauchue , VIT D
- TSH , Uree Creat Acide urique

Docteur Ali OUDGHIRI,  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
43, rue Bir Anzarane - Casablanca - Maroc  
Tél : 212 522 25 18 18 - Fax : 212 522 25 42 42 / Email : docteuroudghiri@gmail.com

# Déclaration de Maladie

W21-845511

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10991

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASSADY ANA

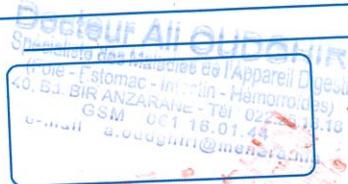
Date de naissance : 17/06/1974

Adresse : 561-Casablanca Bouskoura - Casab

Tél. : 0661436002 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/03/2024

Nom et prénom du malade : SCARLY ASSADY Anael Age : 1974

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Fœtus Hémorragique

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

W21-845511

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 10991

Nom de l'adhérent(e) : ASSADY ANA

Total des frais engagés :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/3				
20/4			300,00 Dhs	<i>[Signature]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Maria AZENNAR</i> PHARMACIE GREEN TOWN Centre Commercial Casa Green Télé : 022 552 5732	18/10/2016	# 202, 2016

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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.