

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous

Casablanca, le

31 Aout 2023

175646

الدكتور محمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا

الزيارة بالموعد

الدار البيضاء في

Nom/Prénom :

EZZAYTOUNI Sadoua

Age :

Sex : H ☐ F ☐

- ☒ NFS
- ☐ VS
- ☐ Ionogramme sanguin
- ☒ GOT/GPT
- ☒ Urée sanguine
- ☒ Créatinémie
- ☒ Glycémie à jeûn
- ☒ Hemoglobine glyquée
- ☐ Protéinurie de 24H
- ☐ Microalbuminurie
- ☒ Triglycérides
- ☒ Cholestérol Total
- ☐ HDL-Cholestérol
- ☐ LDL-Cholestérol
- ☐ Ag HBs
- ☐ ASLO
- ☐ FER-Sérique
- ☐ B-H-C-G
- ☐ Ex. parasitologique des selles
+ Coproculture

- ☐ Groupage + Rhésus
- ☐ Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ ECBU
- ☐ prélèvement Vaginal
- ☐ + Antibuogramme
- ☒ TSH
- ☐ T3/T4
- ☐ CRP
- ☒ Dosage vit D2 - D3
- ☒ Acide Urique
- ☐ Réaction Latex-walers Rose
- ☐ Ferritine
- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinolysé
- ☐ Bilirubine Libre Conjuguée
- ☐ PSA Total

Autres :

الدكتور محمد بنيس
الطب العام
شارع 2 مارس
الدار البيضاء
الهاتف : 0522 211 307 - 0522 215 723

713, Avenue 2 Mars - بين المدن - الدار البيضاء - هاتف عيادة : 05 22 21 57 23 / 05 22 21 13 07

713, Avenue 2 Mars - Bine Lamdoun - CASABLANCA - Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19-

055791

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

375

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

06 69 89 01 55

Total des frais engagés :

879,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور بنيس محمد
خبير محلي لدى المحاكم
الطب العام
713 شارع 2 مارس الدار البيضاء
الهاتف : 0522 215 723 - 0522 21 307

Date de consultation :

31 / 08 / 2023

Nom et prénom du malade :

EZZAY FOUNI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + HTA + Hyperlipémie

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 :

CASABLANCA

Le :

31 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-055791

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 :

375

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :