

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 بننيس



الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلل لدى المحاكم
طبيب عسكري سابق

الزيارة بالموعد

الدار البيضاء في

Nom/Prénom :

EZZAYOUNI

SALAH

Sex : H F

Age :

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 بننيس
الطب العام
الفحص بالصدى
خبير محلل لدى المحاكم
طبيب عسكري سابق
الزيارة بالموعد
الدار البيضاء في
شارع 2 مارس - بین المدن - الدار البيضاء - هاتف عيادة 0522 21 13 07 / 05 22 21 57 23
الدار البيضاء 713
الهاتف 0522 211 307 - 0522 723 215
713، Avenue 2 Mars - Bine Lamdoune - CASABLANCA - Tél.: 05 22 21 13 07 / 05 22 21 57 23

Déclaration de Maladie

Nº P19-

055791

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	375	Société :	RAY
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> 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 محقق لدى المحاكم
الطب العام
713 شارع 2 مدارس الدار البيضاء
0522 215 723 - 0522 213 307

Date de consultation : 31/08/2023

Nom et prénom du malade : EZZAYTOUNI SADID Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arébik + HTA + Hyperlipidémie

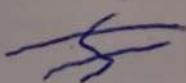
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Nº 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 :