

REC
LB-TAZI**Docteur Abdelkrim El MANOUZI**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rouen-France
Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif
(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)
Ancien Assistant spécialiste des Hôpitaux de France
Diplôme d'Ecchographie de la Faculté de Paris
Endoscopie digestive

**الدكتور عبد الكريم المنوزي**

خريج كلية الطب برون (فرنسا)
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة - الكبد - الأمعاء - البنكرياس)
طبيب اختصاصي سابقا بمستشفيات فرنسا
معلوم الفحص بالمسحوق من كلية الطب بباريس
التشخيص بالمسحوق الداخلي

Casablanca, le : 31 OCT. 2019

الدار البيضاء، في

ANS

MME NOURAZIZ NAIMA EP CHIBANIVitamine D2D3
T4TSH

Serologie HIV

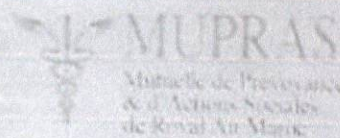
Dr. EL MANOUZI Abdelkrim
GASTROENTEROLOGUE
19, Bd. de Bordeaux
Tél : 05 22 20 62 31 - Casablanca

LABORATOIRE TAZI
TAZI Mohamed
BIOLOGISTE
78 Rue d'Alger Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 Fax: 05 22 26 42 06

Dr. EL MANOUZI Abdelkrim
GASTROENTEROLOGUE

19, Bd. de Bordeaux
Tél : 05 22 20 62 31 - Casablanca

19, شارع بوردو (إقامة هدى) - (قبالة سينما فردان) - الهاتف: 05.22.20.62.31 / 00.80.83.67.952 - الدار البيضاء
19, Bd Bordeaux (Résid. HOUDA) - (Face Cinéma Verdun) - Tél.: 05.22.20.62.31 / 00.80.83.67.952 - CASABLANCA



Declaration de Maladie

N° W19-479107

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 2305 Société: RAM Retraitee

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom: NOURAZIZ Waima

Date de naissance: 16-6-1952

Adresse: 25 Bis, Rue d'Agadir - Casa

Tel: 0660366454 Total des frais engagés: 000

Cadre réservé au médecin

Dr. EL MANOUZI Abdelkrim
GASTROENTEROLOGUE
10, Bd. de Bordeaux
Tél: 05 22 20 62 31 - Casablanca

Date de consultation: 31 OCT. 2019

Nom et prénom du malade: NOURAZIZ NAIMT ED (UJBDN)

Lien de parenté: ☒ Un mari ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie: Troubles digestifs et arthralgies

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Cette déclaration de maladie sera un caractère confidentiel, communiqué les renseignements sans caractère d'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

Declaration de maladie: N° W19-479107

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:

Nom de l'adhérent(e):

Total des frais engagés:

Don de dépôt: