



Déclaration de Maladie

N° W21-697359

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

115931

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2591

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

OULAL

HALINA

Date de naissance :

13/03/1953

Adresse :

2 bis Rue NAHDA

Anglo

Tél :

0665075016

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BOUHABA K.
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE
27, Rue Mouha Ouhamou 2^{ème} Etage
Appt. N°3, OUJDA - Tél: 0536 70 61 62
INPE: 081095705

Date de consultation :

05/05/2022

Nom et prénom du malade :

OULAL

HALINA

Age: 69

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète de type 2 + Hypothyroïdie

PRIMAIRE + Hyperlipémie mixte

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 :

Anglo

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-697359

Impliquez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute déclaration ultérieure.

à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :