

143137

OBJET : DEVIS PET-SCAN

Mme & PRENOM : Mr BATARI EL HOUSSINE
Médecin Prescripteur : DR JABIR HAMZA

EXAMEN :

PET-SCAN 8.000,00 DH

CASABLANCA LE 29 / 12 / 2022

Yousra
Anoual PET-SCAN
91 Bd Anoual
Casablanca
Tél : 05.22.86.29.86

3028

الدكتور حمزة جابر
اخصائي في تشخيص و علاج الأورام



Radiothérapie
Curithérapie
Chimiothérapie
Soins Palliatifs

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابق بمعهد كونستاف روسي
بلوم العلاج بالإشعاع لسرطان الأنف
و الأنف و الحنجرة . كلية باريس

Dr. Hamza JABIR
Oncologue Radiothérapeute

Lauréat de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Médecin de l'institut Gustave-Roussy à Paris
Diplôme de radiothérapie des cancers
ORL université Paris sud

Casablanca, le : 14/12/12

Boutari El Housseme

Dr. Hamza JABIR
Résidence Ryad Abdelmoumen
445A, N° 14, 3ème Etage
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 86 55 68 / 06 61 23 62 71

Mosothelium

Planteale des Drs. Kheir
Nom: Dr. Kheir
Date: 10/12/12

6 TGF Gamma FG

Dr. JABIR Hamza
Oncologue - Radiothérapeute
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A,
N° 14, 3ème Etage, Bd. Abdelmoumen,
CASABLANCA INPE: 09123627



✉ dr.jabir.hamza@gmail.com

📞 05 22 86 55 68 / 06 61 80 17 08

إقامة رياض عبد المؤمن، رقم 14، الطابق الثالث - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A, N°14, 3ème étage - Bd. Abdelmoumen, Casablanca

Déclaration de Maladie

M22- 0056403

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3018 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR BAATARI EL HOUSSINE

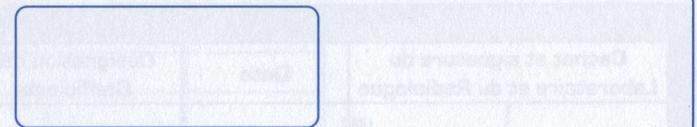
Date de naissance : 07-04-1958

Adresse : HABITUELLE

Tél. 0667676360 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAA TARI EL HOUSSINE Age : 64

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0056403

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 :

Date de dépôt :