

PEC

03215

جراحة العظام والمفاصل  
جراحة الرئي والطب الرياضي

Traumatologie - Orthopédie - Chirurgie des Rhumatismes

Chirurgie du pied - Traumatologie du sport

Posturologie

الدكتور عبد الواحد مزيان  
Docteur Abdelouahad MEZIANE

CENTRE INTERNATIONAL

Casablanca, le 12-04-2022

D'ONCOLOGIE

بالموعد  
SUR RENDEZ-VOUS

I DOUZ  
Mohamed

MS76

1- IRM

Rachis Lombaire

2- Rachis Cervical

F + P

Ne pas faire le 3/4.)



DR. MEZIANE Abdelouahad  
Traumatologie - Orthopédie - Ostéopathie  
16, Rue Bendahan (Angle 16, Bd. Mohammed V) Casablanca  
Tél. C : 05 22 20 92 01



16، زنقة بن دحان (زاوية 16 شارع محمد الخامس) الدار البيضاء - الهاتف : ع 05 22 20 92 01  
16, Rue Bendahan (Angle 16, Bd. Mohammed V) - Casablanca - Tél. C : 05 22 20 92 01

# Déclaration de Maladie

Nº M21- 0026960

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... 15/05/2022

Nom et prénom du malade : ..... Mohamed Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... Lombopathie droite

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-026960

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 : .....