

143874

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


Anoual PET-SCAN
41, Bd Anoual
Casablanca
Tél : 05.22.86.29.86

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



Radiothérapie
Curiothérapie
Chimiothérapie
Soins Palliatifs

328
الدكتور حمزة جابر
إخصائي في تشخيص و علاج الأورام

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابق بمعهد كوستاف روسي
دبلوم العلاج بالأشعة لسرطان الأذن
و الأنف و الحنجرة - كلية باريس

Casablanca, le : 14/12/22

L. Bantou & Loussine

Dr. Hamza JABIR
Résidence Ryad Abdelmoumen
445A, N°14, 3ème Etage
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 86 55 68 / 06 61 80 17 08

Dr. Hamza JABIR
Oncologue - Radiothérapeute
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A,
N° 14, 3ème Etage, Bd Abdelmoumen,
CASABLANCA - INRE : 091236927

Dr. Hamza JABIR
Oncologue - Radiothérapeute
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A,
N° 14, 3ème Etage, Bd Abdelmoumen,
CASABLANCA - INRE : 091236927

Dr. Hamza JABIR
Oncologue - Radiothérapeute
Résidence Ryad Abdelmoumen, 445A,
N° 14, 3ème Etage, Bd Abdelmoumen,
CASABLANCA - INRE : 091236927



dr.jabir.hamza@gmail.com

05 22 86 55 68 / 06 61 80 17 08

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

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 HOSSINE

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 : BAATARI EL HOSSINE 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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019