

LB: Constat 17:05064

PEC

Dr. MGHABBAR Ghizlane

SPÉCIALISTE EN MEDECINE INTERNE

Médecin Expert Assermenté près les Tribunaux

Maladies - Viscérales Multiples - Maladies de Système

Gastro - Entérologie - Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition - Maladies des Articulations - Hématologie

Gérontologie - Cancérologie

الدكتورة أمخبر غزلان

إختصاصية في الطب الباطني

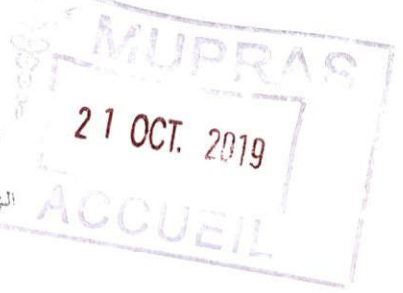
طبيبة محلفة لدى المحاكم

الأمراض العضوية المتعددة - الأمراض النظامية

أمراض الغدد والسكري - أمراض الجهاز

الهضمي والتغذية - أمراض المفاصل - أمراض الدم

أمراض الشيخوخة - السرطان



Casablanca, le 21/10/2019, في الدار البيضاء

M. Sami Abouhak.

- Hemogramme glycémie
- Glycémie à jeun et Post prandiale
- Ion créatinine
- Transamin + VGT + TP.
- Cholestérol Total + LDL + HDL
- Trigly.
- urée
- TSH ultrason
- PSA Total et libre.
- NFS + VS urée
- ECBU + min et max

112, Rue Ibn Batouta - Bd Lalla Yacout (Près Ginepro Lux) Casablanca - Tél.: 05 22 26 52 29

Dr. MGHABBAR GHIZLANE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE
112, Rue Ibn Batouta - Casablanca
Tél.: 022 26 52 29

Déclaration de Maladie

N° P19-0026501

☐ 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 :

Dr. MOHAMED GHIZLANE
SPECIALISTE
MEDECIN INTERNE
112, Rue Ibn Batouta - Casablanca
Tél. : 022 26 52 29

Date de consultation : *21/02/2010*

Nom et prénom du malade : *M. SAMI ALAOU* Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *diabète + HTA + colésterol*

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 N° P19-026501

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 :