

LB: constat N°05064

PEC

Dr. MGHABBAR Ghizlane

SPÉIALISTE 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 أمغير غزلان

اختصاصية في الطب الباطني

طبيبة محلفة لدى المحاكم

الأمراض المضوية المتعددة - الأمراض النظامية

أمراض الغدد والسكري - أمراض الجهاز

الهضمي والشغذية - أمراض المفاصل - أمراض الدم

أمراض الشيفوخة - السرطان



Casablanca, le 21/10/2019

الدار البيضاء، في

Dr. Ghizlane MGHABBAR.

- Hemogramme + glycémie

- Glucométrie à jeun et post-prandiale

- Uro : urine

- Transaminases + VGT + TR.

- Cholestérol + Tc + LDL

+ HDL

- Triglycérides

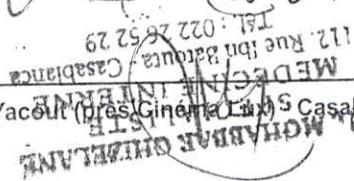
- urémie

- TSH et T4

- PSA - TSH et T4

- NFS + VS + VDRL

- ECBU + urine et urine



112, Rue Ibn Batouta - Bd Lalla Yacoub (pres Général de Gaulle) Casablanca - Tél.: 05 22 26 52 29

Déclaration de Maladie
Nº 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

Dr. MOHAMED GHIZLANE
SPECIALISTE
MEDECIN: INTERNE
112, Rue Ibn Batouta - Casablanca
Tél. : 022 265229

Date de consultation : *11/11/2010*

Nom et prénom du malade : *M. S. M. Alzatouh* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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

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) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **Nº 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 :