

ND: 37486

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010983

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8985

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MENKOR HAFIDH

Date de naissance :

07/09/1971

Adresse :

1 Bd. Abdelloumien, 4ème Etage App. N°27

Tél. :

06 51 42 94 00

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mouna MENKOR
Spécialiste en Médecine Interne
10 Bd. Abdelloumien, 4ème Etage App. N°27
Tél: 0622 27 93 24 - Urgence: 06 61 34 97 80

Date de consultation :

17/06/2020

Nom et prénom du malade :

Mme TATA Aoui LAYLA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angine

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 : CANA

Le : 20/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/06/2000	CS		300 DH	 Dr. HIND MENKOR Docteur en Pharmacie 17, Rue H. 31 GH 4 El Oulata 05 22 93 28 13 - Fax: 05 22 93 28 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ANNAS HIND MENKOR Docteur en Pharmacie 17, Rue H. 31 GH 4 El Oulata 05 22 93 28 13 - Fax: 05 22 93 28 13	17/06/2000	395.93

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

