

Dr. Oussou Gueyous Krafes
Cabinet de Médecine Générale
Echographie
Expertise médicale - Diabetologie
Psychologie médicale



الدكتورة دفافو جوسوس الكرافس

عيادة الطب العام
الشخص بالصدى
 الخبرة الطبية - مرض السكري
 التشخيص النفسي الطبي

الدار البيضاء، المغرب Casablanca, le 23/09/83

172216

Houssai Chiter

MPS CRP

Problematique

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
evolulab@hotmail.com

Oussou GUEYOUS KRAFES
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Znou Zarara - 3^e Etage
Maârif - Casablanca
Tél : 022.98.80.71 / 01.17.27
INPE : 0522 014357

**MUPRAS MUTUELLE DE
PREVOYANCE ET D'ACTIONS
SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC**

FACTURE N° : 2305242009

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 24-05-2023

Mme Ghita KOUIDER

Date de l'examen : 24-05-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clé/s</i>
	- CRP	B100	B
	Procalcitonine :	B450	B
	- NFS	B80	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 645

TOTAL DOSSIER : 574.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-quatorze dirhams

*EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 05 22 94 77 45*



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

M22- 0052213

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(s) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Médecine Générale - 02.22.17.21.21

8, Rue Achmed Ben Youssef - Casablanca

Maârif - Casablanca

Cachet du médecin : Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27

INPE 1014357

2018/05/23

Date de consultation : 23.05.2018

Nom et prénom du malade : Kader Ghita Age :

Lien de parenté : Membre Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ASIomeu Rige

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où le malade 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'exhaustivité 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) :