

185516

Docteur AMAROUCH Nadia

Oto-rhino-laryngologie

55551238128

26, Rue des Tabors,

Oasis

20103

CASABLANCA OASIS

Cabinet : 05.22.98.23.27

CASABLANCA OASIS, le 26/10/2023

Madame SABRI LAILA

Bilan sanguin à faire :

AC ANTI NUCLEAIRE

NFS - VS - CRP

AC ANTI SSA

AC ANTI SSB

ELECTROPHORESE DES PROTEINES

FERRETINEMIE

EVOOLULAB
Laboratoire d'Analyse Médicale
Dr. Aziz MORTADA - CASABLANCA
167 Bd. Ibnou Sina - Casablanca - Tel: 0522 94 77 45
Email: evooolab@hcmri.com - m. PC : 2F/0325

Dr Nadia AMAROUCH
Spécialiste Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale ①
2, Rue des Fauvettes, Bd Abderrahim
Bouabid, Casablanca - Tél. 0522 98 23 27

Membre d'une A.G.A., le règlement des honoraires par chèque est accepté.

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

FACTURE N° : 2310262025

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 26-10-2023

Mme Leila SABRI EP YAQUOT

Date de l'examen : 26-10-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
-	Ac antiNucléaire	B150	B
-	Ac ANTI ANTIGENES SOLUBLES (ECT)	B500	B
-	CRP	B100	B
Electrophorèse des protéines sériques		B150	B
Ferritine		B230	B
- Protéines totales		B30	B
- Vitesse de sédimentation		B30	B
- NFS		B80	B
Prise de sang		B15	B

Total des B : 1285

TOTAL DOSSIER : 1144.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent quarante-quatre dirhams

EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél. : 0522 95 03 34 - Fax : 0522 94 77 45
Email : evolulab@hotmail.com - RC : 267035

Déclaration de Maladie

M22- 0032757

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

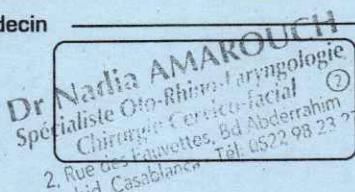
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Sabi Larla Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Trouble d'équilibre

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

AUTORISATION UNIP N° : A-A-215 / 2019

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 M22-0032757

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 :