

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

EVOLULAB
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Aziz MOTAHAKKIL
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél : 0522 95 03 34 - Fax : 0522 94 77 45
Email : evolulab@netnet.ma - 17-PC : 387035

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

**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

CN	Analyse	Val	Clefs
	- 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 :

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

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : **SAS E. La. La** 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 :
 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 :