

N° = 1411

REC

LB. Coulou

BILAN BIOLOGIQUE

MUPRAS

03 FEV. 2021

ACCUEIL

58215

Docteur Z. ZINE MOUSSATI
ECOLE NATIONALE
de Médecine de Travail
et Médecine Sportive
N°4, rue N°4, SWISS PARK, ALGER
Tél: 021 24 24 24

SOF

Le : 4-1-21

Nom / Prénom : ZRAOULI

M HAMED.

Age :

Sexe : H ☐ F ☐

- ☒ NFS
- ☐ Groupage sanguin
- ☒ Glycémie à jeun
- ☒ Glycémie post prandiale
- ☒ HbA1c
- ☐ Albuminurie
- ☐ Microalbuminurie
- ☒ GOT/GPT
- ☒ Cholestérol Total
- ☒ HDL-Cholestérol
- ☒ LDL-Cholestérol
- ☒ Triglycérides

- ☒ Acide urique sanguin
- ☒ T3 -T4
- ☒ TSH
- ☒ VS
- ☒ Ionogramme sanguin
- ☐ Urée sanguine
- ☒ Créatinémie
- ☐ Sérologie
 - Toxoplasmose
 - Syphilis
 - Rubéole

☐ PSA

☐ Autres : Sérologie

H - nylon



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

Déclaration de Maladie

N° W19-585969

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AL ZRAOULI Mohamed
 Date de naissance : 1-1-48
 Adresse : 5, Rue Amer Abdelhakem Ville nouvelle
Safi
 Tél. : 06613283 FS Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :

Cadre réservé au Médecin **ST ZINE ROUSSE**
DOCTEUR
MEDECINE GENERALE
 Echographie - Mammographie de trav
 et Médecin Expert
 N°4 Rue N°4 ROUSSE
 Tel. 06613283 FS

Date de consultation : Age :

Nom et prénom du malade : ZRAOULI Mohamed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection gastro entérologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 N° W19-585969

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 :



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-585979

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1411

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Mr ZRACULI HAMED

Date de naissance :

1-1-49

Adresse :

5 rue Amir Abdelkarim V. W. SIFI

Tél. :

0661 328375

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ZRACULI HAMED

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

N° W19-585979

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 :