

N° = 1411

REC

LB. Contain

BILAN BIOLOGIQUE

03 FEV. 2021

ACCUEIL

58215



Sofia

Le : 4-1-21

Nom / Prénom : ZERAOUI

M'HAMED.

Age :

Sexe : H F

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS | <input checked="" type="checkbox"/> Acide urique sanguin |
| <input type="checkbox"/> Groupage sanguin | <input checked="" type="checkbox"/> T3 -T4 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input checked="" type="checkbox"/> TSH |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie post prandiale | <input checked="" type="checkbox"/> VS |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c | <input checked="" type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input type="checkbox"/> Albuminurie | <input type="checkbox"/> Urée sanguine |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie | <input checked="" type="checkbox"/> Créatinémie |
| <input checked="" type="checkbox"/> GOT/GPT | <input type="checkbox"/> Sérologie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol Total | - Toxoplasmose |
| <input checked="" type="checkbox"/> HDL-Cholestérol | - Syphilis |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDL-Cholestérol | - Rubéole |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> PSA |
| | <input type="checkbox"/> Autres : <u>Scrobopt.</u> |

H - pylor



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 2 RAOUFI M'hamed

Date de naissance :

1 - 1 - 48

Adresse :

5 Rue Amer Al-Bekhaier Ville nouvelle
SAFI

Tél. :

0661328385 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR EZZINE BOUSSAF
MEDECINE GENERALE

Echographie - Médecine de la femme

et Médecine d'urgence

V.N - Sa

NE que nous sommes

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

ZRAOULI 091 H. 0450 Age:

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 p[ro]confidential 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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



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. ZRAOUTI KHAMED

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : Rue Amir Abdekader V.W. STEI

Tél. : 0661 32 83 75 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2 Novembre 2011 Age :

Nom et prénom du malade : Mr. ZRAOUTI KHAMED

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt :