

N° - 1411

PEC

L.B. Couster

MUJIBAB

03 FEV. 2021

ACCUEIL

58213

BILAN BIOLOGIQUE

Docteur EZ-ZINE LAHOUSBAÏNE
 Médecine Générale
 Echographie - Médecine de Travail
 Diplôme de l'Expert
 Diplôme de la SMSS TRHO - EN - SIF

SAR Le: 10/12/20

Nom / Prénom : NADIA ELHADDAJ

Age :

Sexe : H F

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS | <input checked="" type="checkbox"/> Acide urique sanguin |
| <input type="checkbox"/> Groupage sanguin | <input type="checkbox"/> T3 -T4 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input checked="" type="checkbox"/> TSH |
| <input 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 |

Autres : Sérologie

Hypertension



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

Déclaration de Maladie

N° W19-585951

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1411 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre :

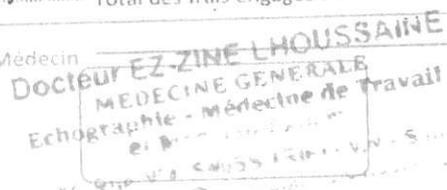
Nom & Prénom : ELHADDAJ NADIA épouse ZRAOULI

Date de naissance : 26-1-76

Adresse : 5 Rue Amir Abdelkader V. Nouvelles SAFI

Tél. : 066128377 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 10/11/2020

Nom et prénom du malade : Ayche NADIA ELHADDAJ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection anxi-dépressive

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° W19-585951

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 : _____