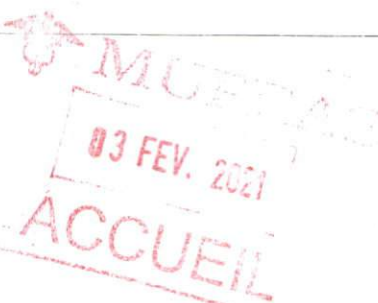


N° - 1411

PEC

L.B. Couderc



58213

BILAN BIOLOGIQUE

Docteur ~~EZ-ZINE~~ LACOUSSAINE
MÉDECINE GÉNÉRALE
ECHOGRAPHIE MÉNÉCHOL. DE TRAVAIL
ET MÉDECINE EXPERT
170, rue des CHIFFES 13100 - AIN-CHÂTEAU
Tél. 04 91 91 91 91

SAR Le 10/12/20

Nom / Prénom :

NADIA ELHADDAJ

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 :

Serology

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 :

26-1-70

Adresse :

5, Rue Amir Abdelkader V. Nouvelles SAFI

Tél. :

066132 8377

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR EZ-ZINE LHOSSAINE
MEDECINE GENERALE
Echographie - Médecine de Travail
El Hadj LHOSSAINE
066132 8377

Date de consultation :

10/11/2020

Nom et prénom du malade :

AÏCHEN NADIA ELHADDAJ

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même☒ Conjoint☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection anxiodépressive

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° W19-585951

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 :