

Docteur Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.M
Casablanca - Tél.: 05 22 90 33 90

Le : 13 JUL. 2022

125920

ORDONNANCE

Dr. NOUVOIR. HANZO

- Aide aux reins
- glycémie - vit. B12
- urée + créatinine
- N.F.S.
- Ionogramme
- La Transaminases

EVOLULAB VS
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
207, Boulevard Sina - Casablanca
Tél: 022 95 03 94 - Fax: 0522 94 1445
E-mail: evolulab@gmail.com

Docteur Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.M
Casablanca - Tél.: 05 22 90 33 90

**MUPRAS MUTUELLE DE
PREVOYANCE ET D'ACTIONS
SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC**

FACTURE N° : 2207132008

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 13-07-2022

Mr Hamid MOULOUDI

Date de l'examen : 13-07-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	- Acide Urique	B30	B
	- Chlore	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	HbA1c	B100	B
	- Potassium	B30	B
	- Sodium	B30	B
	- Urée	B30	B
	- Vitesse de sédimentation	B30	B
	- NFS	B80	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 535

TOTAL DOSSIER : 476.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent soixante-seize dirhams

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45

Déclaration de Maladie

N° M20- 0000841

☐ 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

Docteur Abdelali TLEMÇANI
Médecine Générale
Echographe
 155, Av. Afghanistan H.H
 Casablanca T.M. 09 22 90 33 90

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/12/2022
 Nom et prénom du malade : HAMED MOULOUE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : douleur articulaire à la goutte
 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° M20-00841

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute
 réclamation ultérieure.

Compléter à retourner par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :