

Docteur Abdellah TLEMCANI
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.H
Casablanca - Tel: 05 22 90 33 98

Le : 13 JUL. 2022

125920

ORDONNANCE

Novorv 01. HANZ 20

- Acide urique sang
- glycémie urin. triglycérides
- urée + créatine
- N.F.S
- Iono
- ~~EVOLU LAB~~ VS
- ~~LE LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
155, Av. Afghanistan H.H
Casablanca - Tel: 05 22 90 33 98
Fax: 05 22 95 05 24
E-mail: labolab@wanadoo.fr~~

Docteur Abdellah TLEMCANI
Médecine Générale
Echographie
155, Av. Afghanistan H.H
Casablanca - Tel: 05 22 90 33 98

**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

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	- Acide Urique	B30	B
	- Chlore	B30	B
	- Crétatine	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, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca
 Tél: 0522 94 77 45 - 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 Abdellati TLEMCANI
Médecine Générale
Echographie
166, Av. Afghanistan H.H
Casablanca 24, 09 22 90 33 90

Date de consultation : 13/12/2012
Nom et prénom du malade : H.A.T.E.D. MOULOUADI Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : diabète Antécédent de 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M20-00841

Vous pouvez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
consultation médicale.
Il sera conservé par l'adhérent(e).

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