



مركز "كاليفورنيا" الدار البيضاء Clinique "Californie"

139898

تحليلات طبية
BILAN BIOLOGIQUE

Casablanca, le 05/12/2022

Nom : Hilal

Prénom : Hilal

Age : 1966

Poids : kg

Taille : cm

E.C.G. :

Echocardiographie :

Radio Pulmonaire :

☒ N.F.S. Plaquettes
☐ Vitesse de Sédimentation

☒ C.R.P.

☐ T.S.

☐ T.P. + I.N.R

☐ T.C.K

☐ Fibrinogène

☐ ASLO

☒ Ionogramme

☒ Urée

☒ Créatinémie

☒ Acide Urique

☒ Glycémie à jeun

☒ Hb glycosylé

☐ Groupage 1^{er} détermination

☐ 2^{ème} détermination

☐ Troponines

☐ CP K(MB)

☐ LDH

☐ BNP

☒ Cholestérol total

☒ Cholestérol HDL

☒ Cholestérol LDL

☒ Triglycérides

☐ Bilirubine directe

☐ Bilirubine indirecte

☒ SGPT

☒ SGOT

☐ Ag Hbs

☐ Sérologie Hépatite C

☐ Sérologie HIV

☒ T3 T4 TSH Ultra Sensible

☐ Albuminurie des 24 heures

☐ PSA

☐ D-Dinères

Signature du médecin

Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tél: 0522 50 80 80

545 , شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

Tél : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55



Déclaration de Maladie

M22- 0042920

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08539

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HILAL ZOHRRA

Date de naissance :

09/09/1966

Adresse :

CASABLANCA

Tel : 0697678607

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amale EL AMRANI
CARDIOLOGUE
CLINIQUE CALIFORNIE
545, Bd Panoramique, Californie
Casablanca - Tel: 0522 50 80 80

Date de consultation : 05/12/2022

Nom et prénom du malade :

Zohra Hilal

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Céphalées + palpitations

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 M22-0042920

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :