

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Cabinet des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Docteur Mohammed BOUTALEB
Spécialiste des maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes, Diététique
Endoscopie, Echographie, et Chirurgie anale

Diplômé de la faculté de Médecine, Montpellier, France
Membre de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Membre de la Société Française pour l'Etude du Foie
Ex-consultant aux hôpitaux de France

131906

الدكتور محمد بوطالب

اختصاصي في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي

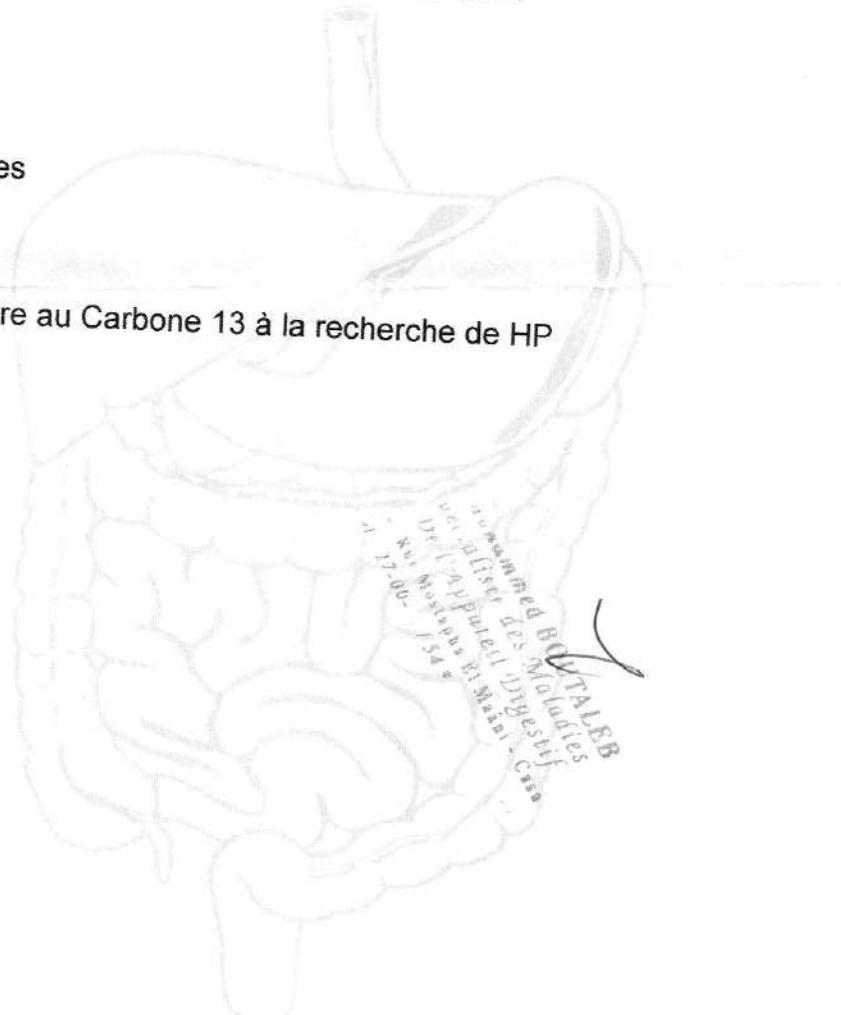
كبد، معدة، أمعاء، بواسير حممية
الشخص بالمنظار والتلقيان، جراحة المخرج
خريج كلية الطب بمنيوللي، فرنسا

عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي
عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد
طبيب اختصاصي سابقًا بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 03/10/2022

Mme KOURTE Khadija

- NFS Plaquettes
- Fer sérique
- Ferritinémie
- VS, CRP
- Test respiratoire au Carbone 13 à la recherche de HP



314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca
زنقة مصطفى المعاني، قرب مقهى شان إلبيزي - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 001922406000029

CNSS : 6156617

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-Mail : boutalebmed@gmail.com

LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment C RDC Local 10 Lottissement Annajah DEROUA
Tél : +212 5 22 51 52 18 – Mail : contact@laboratoirecentral.ma

FACTURE N° : **220003781**



INPE : 063064505



64 Rue Nichakra Rahal,
Casablanca 20250

DEROUA le **04-10-2022**

Mme KOURTE Khadija

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0370	CRP (Protéine C réactive)	B100
0154	Ferritine	B250
0216	Numération formule	B80
0223	Vitesse de sédimentation	B30
	Fer sérique	E100
	Test respiratoire à l'urée	E600

Total des B : **460**

TOTAL DOSSIER : **1119.40 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : **mille cent dix-neuf dirhams quarante centimes.**

Cachet et signature du laboratoire :

Signature du patient :

ICE : 002866635000065 IF : 50375591