

Docteur M. SOUALY

Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

اختصاصية في أمراض القلب

خريجة جامعة باريس

Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

08 JAN. 2022

Casablanca, le _____

M → Mme CILIA M. 21 ans N° 12

- NFS, Fœvules
- D. œsoph. CRA
- GJ, Hb glycométabol.
- GVT art & ve
- œil, oreilles, ORL
- Cervical & thoracique, LM
- Triglycerides

101301

Sur Rendez-vous

بالتوعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

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

FACTURE N° : 2201142006

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 14-01-2022

Mme Hasna MOUGHAMIR

Date de l'examen : 14-01-2022

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
	Cholestérol	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	- CRP	B100	B
	D-Dimères	B200	B
	Ferritine	B230	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	- Gamma G.T.	B50	B
	HbA1c	B100	B
	Cholestérol HDL	B80	B
	Triglycérides	B60	B
	- Urée	B30	B
	- NFS	B80	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 1165

TOTAL DOSSIER : 1037.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trente-sept dirhams



Déclaration de Maladie

N° W19-416684

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : H. M. L. C. A. M. R. S. Age : 45

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-416684

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 :



