

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

Casablanca, le

08 JAN. 2022

M → MUCCHAMIR TASSINCH

- NFS, Fensan
- D. chole, CRP
- AT, Hb gly, C-peptide
- GAT AT 80%
- uree, creatinine, acide urique
- C en Cisterne P, Cisterne P HNC, LIX
- Triglycerides

101301

د. اسوالي
Docteur M. SOUALY
Cardiologue
N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

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

CN	Analyse	Val	Clefs
	- 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

[Signature]
LABORATOIRE D'ANALYSES
SOCIALES
EVOLULAB



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc


Déclaration de Maladie

N° W19-416684

☐ 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

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. M. C. HAMIN KISSA Age : 45

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA, diabète

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 :

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.

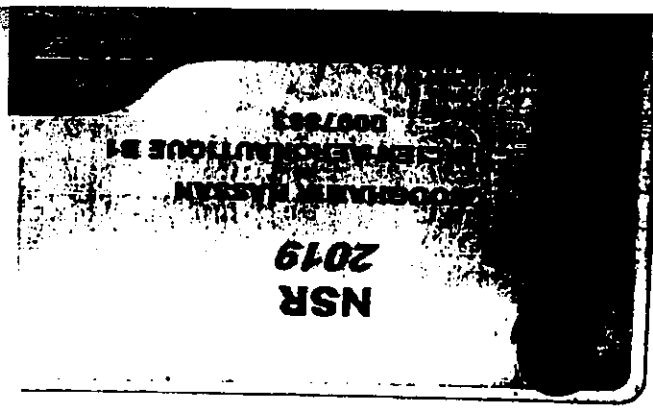
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

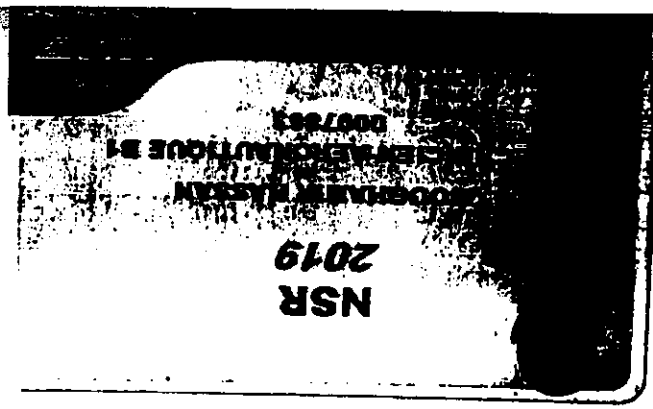


NSR
2019

ROGER HANSEN

CLINIQUE 31

0007/001



NSR
2019

ROGER HANSEN

CLINIQUE 31

0007/001