

CERTIFICAT D'ANALYSE MÉDICALE

Je soussigné(e), Docteur, certifie que l'état de santé de :

Mr/Mme, Mlle : KABONGO Jenovic

a nécessité une analyse médicale dans notre centre.

Date de l'analyse : 23/07/2025 01:13

Diagnostic : **Leucémie**

Confiance : **94.3%**

Nature	Montant (€)
Analyse frottis sanguin	300
Consultation	100
Prestations diverses	100
TOTAL	500