



## CERTIFICAT D'ANALYSE MÉDICALE

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

**Mr/Mme, Mlle : KADIMA Mbayi**

a nécessité une analyse médicale dans notre centre.

Date de l'analyse : 23/07/2025 01:24

Diagnostic : **Paludisme**

Confiance : **93.8%**

Nature	Montant (€)
Analyse frottis sanguin	300
Consultation	100
Prestations diverses	100
<b>TOTAL</b>	<b>500</b>