

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043612

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENNIS FARIDA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06 61 31 10 05 Total des frais engagés : 153,08 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

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 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 : Casablanca Le : 07/10/22

Signature de l'adhérent(e) :



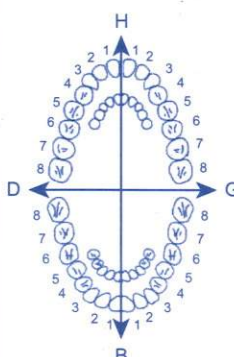
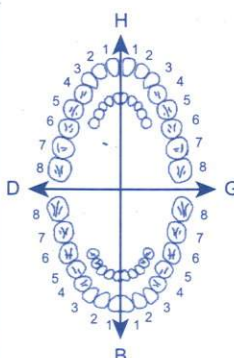
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

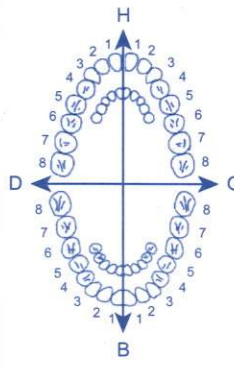
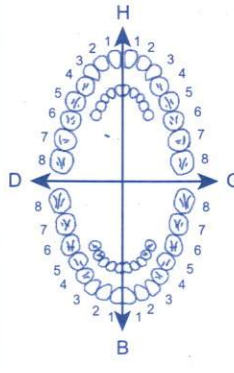
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

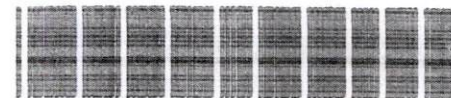
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<div>H</div> <table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
		00000000	00000000															
		35533411	11433553															
		B																
		<div>(Création, remont, adjonction)</div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Suivez vos dossiers maladie sur l'application **Sanlam Maroc**

App Store

Google Play

Informations importantes

Déclaration par personne et par maladie

La déclaration maladie doit comporter les cachets du médecin traitant, les noms et les coordonnées de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de manière lisible.

La déclaration maladie doit être accompagnée de la prescription médicale prescivant les médicaments, le radiologue et de laboratoire, ainsi que toutes les justificatives.

Noms et prénoms de la personne malade doivent être correctement portés par les praticiens eux-mêmes, sans aucune pièce transmise.

Les pièces concernant une maladie doivent être présentées à la Compagnie dans les trois mois au plus tard à compter de l'ordonnance médicale.

En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date et heure.

Les aspects, vignettes et PPM concernant les accidents doivent être joints aux ordonnances.

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une copie taillée et acquittée sur laquelle devront être mentionnés la cotation des actes, la ventilation des frais, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail des dépenses pharmaceutiques.

Les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis pour une maladie sont conservés par la Compagnie.

● Tout dossier retourné pour complément d'informations doit être retransmis à la Compagnie dans un délai d'un mois.

● Pli confidentiel : dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, en préciser la nature sous pli cacheté à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie.

● L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance du nouveau né.

● Lorsque la personne bénéficie d'un premier remboursement auprès d'un régime de prévoyance, l'assuré(e) doit remettre à la Compagnie les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.

● Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité correspondant à l'année d'assurance considérée.

● Dans le cas où le conjoint de l'assuré ne bénéficierait d'aucun régime de prévoyance, demander le questionnaire relatif à la prise en charge du conjoint et/ou des enfants. Ce document doit nous être retourné dûment rempli et accompagné des pièces justificatives nécessaires.

● Réclamations : toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la date de dépôt du dossier maladie.

● Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.

Déclaration de maladie n° **21838330 A**

Maladie ☒

Maternité ☐

Optique ☐

Traitements spéciaux ☒

Société contractante

Société contractante :

N° de police :

N° d'adhésion :

N° d'adhésion du conjoint :

Cachet de la société contractante

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom :

Prénom(s) :

N° de C.I.N :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Montant des frais engagés :

DH N° GSM :

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 :

le :

Signature de l'assuré(e)

Clause « Protection des données personnelles »

Les données personnelles demandées par l'assuré ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales.

Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment le respect de la loi n°08-09 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du siège social de Sanlam Maroc, sis au 216, Boulevard Zerikouti - 20000 CASABLANCA.

101 - 06 06 42 22 05 - MAROC.

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Non-Vie | Assurance Vie

si | CP : 20000 | Casablanca, Maroc

société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par le code des assurances. RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 - Taxe professionnelle : 355.11.249

ICE : 000230054000034

T +212 522 42 06 06

F +212 522 20 60 81

sanlam.ma

RACHABLE

maladie n° **21838330**

Police n° :

Adhésion n° :

VOLET DÉTACHABLE

maladie n° **21838330**

Police n° : **0991 624**

Adhésion n° : **317**

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

du patient : _____

de naissance : _____

de la maladie : Cancer

agit d'un accident, en indiquer la cause : malade pulmonaire

le _____

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant
08/22	6	6		
N° ICE				
N° INP				
N° ICE				
N° INP				
N° ICE				
N° INP				

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
N° ICE		
N° INP		
N° ICE		
N° INP		
N° ICE		
N° INP		

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
22/06/22	B56-2	765,47	
N° ICE			
N° ICE			
N° ICE			
N° ICE			

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

Devis ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Facture ☐ Nombre de séances : _____ Établi le : _____

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc
	AM	PC	IM	IV		
N° ICE						
N° ICE						
N° ICE						
N° ICE						

Cadre réservé à Sanlam Maroc

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Police N°	: 1000991624	Contractante	: Saham Assurance
Assuré	: Mohamed Hilal Kabbaj	Date de réception de la déclaration	: 20/09/2022
N° Adhésion	: 10	Date de validation	: 26/09/2022
Personne soignée	: Mohamed Hilal Kabbaj	Date de survenance	: 16/08/2022
Sinistre N°	: 5419030	Déclaration N°	: 21838330A
Bordereau N°	: 869115	Médecin Traitant	: HOPITAL SHEIKH ZAYED
Intermédiaire	: 01101 BUREAU DIRECT		

Nature de soins	Frais engagés	Coefficient	Valeur	Base de remboursement (a)	Frais remboursés par le premier assureur	Taux de remboursement (b)	Frais remboursés (c)= (a)*(b)
ANALYSE	765.40	NA	NA	765.40	NA	%	
Totaux	765.40			765.40			612.32

Détail explicatif des soins non remboursés

Nature du soin non remboursé	Montant du soin non remboursé	Motif du non remboursement
Totaux		

Nom du gestionnaire : JIDAA FATIMAZAHRA PMI
Date de l'édition : 26/09/2022

a) Si la nature du soin correspond à une prestation avec une valeur clé (dentaire, analyses, etc.), la base de remboursement est le produit du coefficient de remboursement par la valeur clé.

Si la nature du soin ne correspond pas à une prestation avec valeur clé, la base de remboursement est issue de la Nomenclature générale des actes professionnels marocaine.

b) Le taux de remboursement est le taux de couverture garanti défini pour chaque prestation dans le contrat.

c) Les frais remboursés ne peuvent pas dépasser le solde restant du plafond général ou le solde restant du plafond de la prestation.

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 16/08/2022

Nr Kabbaj Mohammed Hlilal

* NFS

* Acétylcholine, CPK

* CRP

* TSH. 

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394 - Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél : 05 22 27 95 - Fax : 05 22 27 49 13

00000000000000000000
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Docteur SOALIL MOUSSA MOHAMMED
Biologie Médicale

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerktouni - Résidence le Casablanca - Bourgogne -- CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 -- Fax : 0522 27 49 13 -- Patente : 35405458 -- INP : 093001006
CNSS : 6369949 IF : 40110273 -- ICE : 001699292000019

FACTURE N° : 220800501

Casablanca le 22-08-2022

Mr KABBAJ Mohammed Hilal

Date de l'examen : 22-08-2022

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0138	CPK	B100
0111	Créatinine	B30
0370	CRP	B100
0216	Numération formule	B80
0164	TSH us	B250

Total des B : 560

TOTAL DOSSIER : 765.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent soixante-cinq dirhams quarante centimes.

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél : 05 22 27 96 - Fax : 05 22 27 49 13



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE • HÉMATOLOGIE • BACTÉRIOLOGIE • VIROLOGIE • IMMUNOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • GÉN. A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHANI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Pharmacie Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V

Dossier : 22082719

Mr KABBAJ Mohammed
Hilal

Page N° : 3 / 3



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles
sur www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés
par le symbole (AC) sont couverts
par l'accréditation

Valeurs références

Antériorités

BILAN ENDOCRINIEN

Echantillon sérique

TSHus

(Technique chimiluminescence)

2.330 μ UI/mL

(0.270-4.200)

21-05-2021

1.120

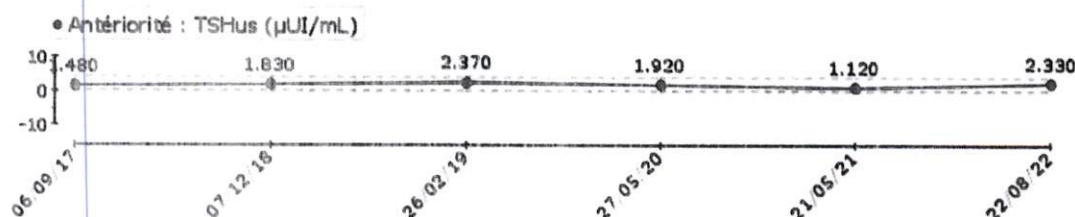
Valeurs de référence chez la femme enceinte :

1er Trimestre 0,1 à 2,5

2ème Trimestre 0,2 à 3

3ème Trimestre 0,3 à 3

Endocrine society JCEM 2012, ATA 2011; ETA 2014



Dr. Ouazzani

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHANI
Biologiste
304, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 40 06 - Fax: 05 22 27 40 13



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحاليل الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE • HÉMATOLOGIE • BACTÉRIOLOGIE • VIROLOGIE • IMMUNOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • UVI.



د. هشام الزواني التهامي

Dr. Hicham QUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier • D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V

Dossier : 22082719

Mr KABBAJ Mohammed
Hilal

Page N° : 2 / 3



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles

sur www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés
par le symbole [AC] sont couverts
par l'accréditation

Valeurs références

Antériorités

Créatinine [AC]
(Dosage cinétique)

7.9 mg/L

(7.0-12.0)

02-08-2022

8.7

69.9 μ mol/L

(62.0-106.2)

DFG Selon la Formule CKD EPI

(Débit de Filtration Glomérulaire)

86 ml/min/1.73m²

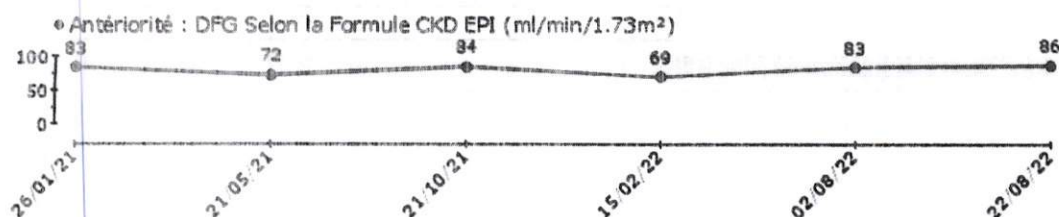
83

DFG Selon la Formule MDRD

(Débit de Filtration Glomérulaire)

96 ml/min/1.73m²

86



Valeurs de
référence du DFG
en fonction l'âge :

< 40 ans	≥ 75 mL/min/1.73m ²
40-65 ans	≥ 60 mL/min/1.73m ²
> 65 ans	≥ 45 mL/min/1.73m ²

Interprétation :

Stade	DFG	Définition
1	≥ 90	MRC* avec DFG normal ou augmenté
2	60-89	MRC* avec DFG légèrement diminué
3A	45-59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	30-44	Insuffisance rénale chronique modérée
4	15-29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

* avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs)

NB : L'équation CKD EPI est validée pour les personnes de moins de 75ans et avec un IMC < 30kg/m².

CPK

(Dosage enzymatique)

33 UI/L

(<190)



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE • HÉMATOLOGIE • BACTÉRIOLOGIE • VIRÉLOGIE • IMMUNOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • IMA



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hisham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V

Dossier ouvert le : 22-08-2022

Prélevé le : 22-08-2022 à 10:01

Edité le : 22-08-2022

Mr KABBAJ Mohammed

Hilal

Réf dossier: 22082719



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles

sur www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés

par le symbole [AC] sont couverts

par l'accréditation

Page N° : 1 / 3

Valeurs références

Antériorités

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME (Sysmex XN 550)

			02-08-2022
Hématies : [AC]	4.27 M/mm ³	(4.08-5.60)	4.58
Hémoglobine : [AC]	13.40 g/dL	(12.90-16.70)	14.40
Hématocrite : [AC]	39.3 %	(38.0-49.0)	42.8
VGM : [AC]	92.0 fL	(83.0-97.0)	93.4
CCMH : [AC]	34.1 g/dL	(32.3-36.1)	33.6
TCMH : [AC]	31.4 pg	(27.8-33.9)	31.4
Leucocytes : [AC]	10 320 /mm ³	(3 800-10 000)	8 110
Polynucléaires Neutrophiles : [AC]	72.5 %		70.2
Soit : [AC]	7 482 /mm ³	(1 600-5 900)	5 693
Polynucléaires Eosinophiles : [AC]	7.0 %		6.4
Soit : [AC]	722 /mm ³	(30-500)	519
Polynucléaires Basophiles : [AC]	0.6 %		0.6
Soit : [AC]	62 /mm ³	(0-90)	49
Lymphocytes : [AC]	13.2 %		14.7
Soit : [AC]	1 362 /mm ³	(1 070-4 100)	1 192
Monocytes : [AC]	6.7 %		8.1
Soit : [AC]	691 /mm ³	(230-710)	657
Plaquettes : [AC]	395 000 /mm ³	(140 000-385 000)	333 000

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

			02-08-2022
CRP (Immunoturbidimétrie)	30 mg/L	(<5)	31