

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 canalaires, 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 canalaires.

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0037140

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2475 Société : A36560
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Mengod Aggaden
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 065884857 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

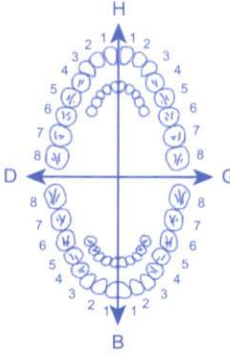
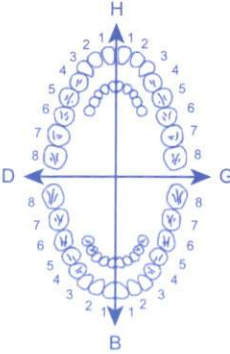
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 style="width: 45%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">FIN D'EXECUTION</div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">DATE DU DEVIS</div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

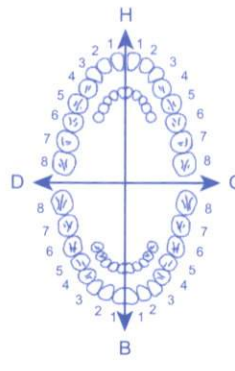
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

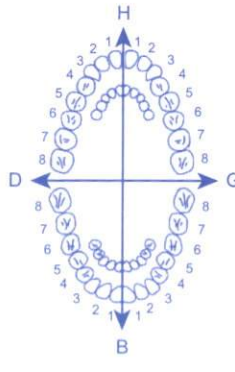
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez 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	
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>		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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | |
|--|--|
| C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute |
| V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| K = Actes de chirurgie et de spécialistes | |

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0395238

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Mengad Azzeddine
Matricule : 2475 Fonction : _____ Poste : _____
Adresse : 48, lot B, Bel Air, Champ de coupe
Tél. 0665884857 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MENGAD AZZEDDINE Age : 42 11 12 22
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 02/11/2022
Nature de la maladie : Hypertension artérielle
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances : _____
A Fes, le 02/11/2022 Signature et cachet du médecin : [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 395238

Matricule N° : _____

Nom du patient : _____

Date de dépôt : _____

Montant engagé

Nombre de pièces jointes : _____



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des actes	Natures des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
02/11/22	C-22		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
	03/11/22	B850	1150 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div>MONTANT DES SOINS</div> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div>FIN D'EXECUTION</div> </div>			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																	
	25533412		21433552																	
	00000000		00000000																	
	00000000		00000000																	
	35533411		11433553																	
	B																			
		MONTANT DES SOINS																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS																		
		DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. RAISS Zakaria

Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de RABAT

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'Université de Bordeaux II - France

Ancien Médecin Interne en Cardiologie des Hôpitaux de PARIS - France

Ancien Médecin Interne de CHU Ibn Sina de RABAT

Ancien Médecin à l'Hôpital Militaire Med V de RABAT

الدكتور الرايس زكرياء

أخصائي أمراض القلب والشريين

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

حاصل على دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو II - فرنسا

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا - الرباط

طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

Nom : **MEUCAD AZEEDINE**

Fès, le : **2/11/2022**

☒ NFS

☐ Fer sérique

☐ Ferritinémie

☐ CRP

☐ VS

☐ TP-INR

☐ ASLO

☐ ASAT, ALAL

☐ GGT, PAL

☐ CPK

☐ Bilirubine T et bilirubine C

☒ Glycémie à jeun

☒ HBA1C

☒ Cholestérol Total LDL - HDL

☒ Triglycéride

☐ AC Urique

☐ Troponine us

☒ PSA

☐ Hépatite A

☐ Hépatite B

☐ Hépatite C

☐ HIV

☐ Toxoplasmose

☐ Syphilis

☒ Urée

☒ Créatinine

☒ Kaliémie *Sousgarth*

☐ Natrémie

☐ Calcémie

☐ Magnésémie

☐ Phosphorémie

☐ Proténurie de 24H

☒ TSHus, *T3, T4*

Autres _____

Tél : 05 35 61 20 64

Urgences : 0684 880 880

أيت سقاطو. شارع ابن زيدون. مكاتب الحكيم. الطابق الثالث. رقم 8. أمام مصحة السلام - فاس
Ait Skatou, Av. Ibn Zaydoune, B. AL HAKIM, 3^{ème} Etage, N° 8, (En face Clinique Assalam) - FES

@ : dr.raiss.cardiologue@gmail.com

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJAE TAGEMOUATI

IF: 15407936 -- PATENTE: 13111311 -- CNSS: 2139899
INPE: 143001824 -- ICE: 001686548000048

FES LE: 03/11/2022

FACTURE N° 3957/22

Médecin	Docteur RAISS ZAKARIA
Nom du patient	MR MENGAD AZZEDDINE
Examens	- NFS- DIAB- HbG- BL- PSA- URE- CRE- POT- TSH3
Cotation	B 850
Montant	1 150,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE CENT CINQUANTE DIRHAMS



15, Avenue Lalla Meryem. Rés AL Imam Malik. 1er Etage. FES(V.N)

Tél: 05.35.65.43.37/38. Fax: 05.35.65.46.14

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJA TAGEMOUATI

Médecin Biologiste

Spécialiste en Hématologie, Bactériologie, Biochimie

Immunologie, et Parasitologie

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

Prélèvement du : 03/11/2022

Résultats édités le: 03/11/2022

Prescripteur: Docteur RAISS ZAKARIA

MR MENGAD AZZEDDINE

Dossier N° 16I565

Page: 1/3

HEMOGRAMME

(Automate SYSMEX XS-1000i)

NUMERATION GLOBULAIRE

			Normales Adulte H
GLOBULES BLANCS.....	7740	/mm ³	(4000 à 10000)
GLOBULES ROUGES.....	5,27	M/mm ³	(4 à 5,5)
HEMOGLOBINE.....	15,8	g/dL	(13 à 17,0)
HEMATOCRITE.....	47,3	%	(40 à 50)
VGM.....	89,8	μ ³	(80 à 95)
TCMH.....	30,0	pg	(27 à 32)
CCMH.....	33,4	g/dL	(32 à 36)
PLAQUETTES.....	230	10 ³ /mm ³	(150 à 400)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

	(en %)	(/mm ³)	
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	53.3	4125	(2000 à 7500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	4.5	348	(0 à 400)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	.4	31	(0 à 100)
LYMPHOCYTES.....	34.2	2647	(1500 à 4000)
MONOCYTES.....	7.6	588	(100 à 800)

BIOCHIMIE SANG.

(Tosoh Automated Glycohemoglobin Analyzer)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c

Technique : HPLC-723 GX

Valeurs de référence

Résultat: 7,40 % (*)

< 6,5 %

Antécédent du 04/07/22 - 09:30 : 6,90 %

LABORATOIRE TAGEMOUATI
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Raja TAGEMOUATI
15, Av. Lalla Meryem, Rés. AL Imam Malik, 1er Etage - FES
Tél. : 05 35 65 43 37 / 05 35 65 43 38
I.N.P.E. 143001824 - I.C.E. 001686548000048
Email: Lab_tag@outlook.fr

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJA TAGEMOUATI

Médecin Biologiste

Spécialiste en Hématologie, Bactériologie, Biochimie
Immunologie, et Parasitologie
Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

Prélèvement du : 03/11/2022

Résultats édités le: 03/11/2022

Prescripteur: Docteur RAISS ZAKARIA

MR MENGAD AZZEDDINE

Dossier N° 161565

Page: 2/3

BIOCHIMIE SANG

(BECKMAN COULTER AU 480)

GLYCEMIE A JEUN

Résultat: 1,50 g/l (*)
8,34 mmol/l

Valeurs de référence

0,75 à 1,10 g/l
4,17 à 6,11 mmol/l

UREE

Résultat: 0,38 g/l
6,33 mmol/l

0,17 à 0,43 g/l
2,8 à 7,2 mmol/l

CREATININE

Résultat: 9,30 mg/l
82,15 µmol/l

7,2 à 11,8 mg/l
80 à 115 µmol/l

POTASSIUM

Résultat: 4,60 mmol/L

3,5 à 5,60 mmol/L

CHOLESTEROL TOTAL

Résultat: 1,89 g/l
4,91 mmol/l

Inf à 2 g/l
Inf à 5,2 mmol/l

Antécédent du 04/07/22 - 09:30 : 1,41 g/l

CHOLESTEROL HDL

Résultat: 0,55 g/l

0,35 à 0,60 g/l

CHOLESTEROL LDL

Résultat: 1,29 g/l

Evaluation du risque

< 1,30 g/l Risque faible
1,30 à 1,60 g/l Risque modéré
> 1,60 g/l Risque élevé

LABORATOIRE TAGEMOUATI
D'ANALYSES MEDICALES
D. Raja Tagemouati
15, Avenue Lalla Meryem, Rés AL Imam Malik, 1er Etage, FES(V.N.)
Tél.: 05 35 65 43 37 / 05 35 65 43 38
I.N.P.E. 143001824 - I.C.E. 00168443000048
Email: Lab_tag@outlook.fr

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJA TAGEMOUATI

Médecin Biologiste

Spécialiste en Hématologie, Bactériologie, Biochimie
Immunologie, et Parasitologie
Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

Prélèvement du : 03/11/2022

Résultats édités le: 03/11/2022

Prescripteur: Docteur RAISS ZAKARIA

MR MENGAD AZZEDDINE

Dossier N° 16I565

Page: 3/3

TRIGLYCERIDES

Résultat: 0,97 g/l

1,10 mmol/l

< 1,50 g/l

< 1,69 mmol/l

MARQUEURS TUMORAUX

(SUR AUTOMATE ACCESS 2)

ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATIQUE.PSA TOTALE

Technique : Chimiluminescence

Résultat: 0,58 ng/ml

valeurs de référence

Inf à 4 ng/ml

HORMONES DU SANG

(SUR AUTOMATE ACCESS 2)

DOSAGE DE LA THYREOSTIMULINE HYPOPHYSAIRE.TSH 3ème Génération

Technique : Chimiluminescence

Résultat: 2,24 μ UI/ml

Valeurs de référence

Population globale

(hommes et femmes non enceintes) 0,38 à 5,33

Femmes enceintes 1er trimestre 0,05 à 3,70

2ème trimestre 0,31 à 4,35

3ème trimestre 0,41 à 5,18

Bébé un jour < 70

2 à 3 jours < 30

3 à 7 jours < 10

Total de pages: 3

LABORATOIRE TAGEMOUATI
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Raja TAGEMOUATI
15, Av. Lalla Meryem, Rés AL Imam Malik, 1er Etage, FES
Tél : 05-35-65-43-37 / 05-35-65-43-38
I.N.P.E. 143001824 - I.C.E. 001686540000042
Email Lab_tag@outlook.fr

Rapport de patient

Bio-Rad
D-10
N° Série: #DJ9D37894801
Id. de l'échantillon: 221103010
Date d'injection: 03/11/2022 13:43
N° d'injection: 4
N° de portoir: ---

DATE: 03/11/2022
HEURE: 13:43
Version Logiciel: 4.30-2
Méthode: HbA1c
Position du portoir: 4

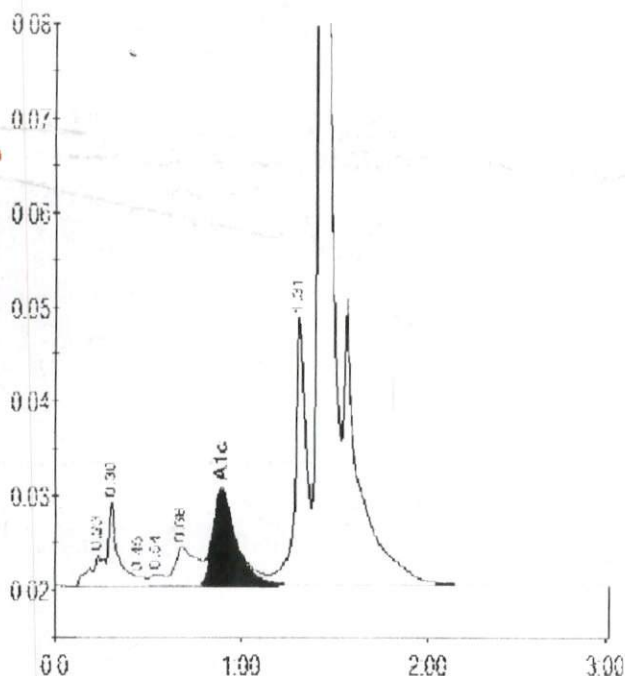


Table des pics - ID: 221103010

Pic	Tps.Ret	Hauteur	Aire	% Aire
A1a	0.23	3242	14354	0.9
A1b	0.30	8867	33499	2.1
Unknown	0.45	1013	3374	0.2
F	0.54	1179	6894	0.4
LA1c/CHb-1	0.68	3968	32743	2.0
A1c	0.89	10074	87083	7.4
P3	1.31	28515	116660	7.2
A0	1.42	542984	1317756	81.7
Aire totale:				1612362

Concentration:	%
A1c	7.4