

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0018894

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10585 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KSSIBA ELHABIB

Date de naissance : 1963

Adresse : Berrechid

Tél. : 0604458836 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/23

Nom et prénom du malade : Elkelma Montazig Age :

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

Nature de la maladie : Dysthyroïdie, Anémie

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


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
03/03/23	G		150 DH	
04/03/23	G			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/23	633,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03.03.23		406,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

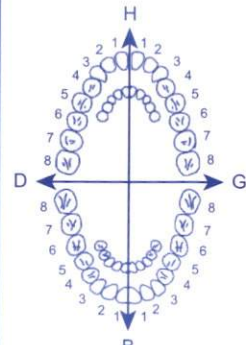
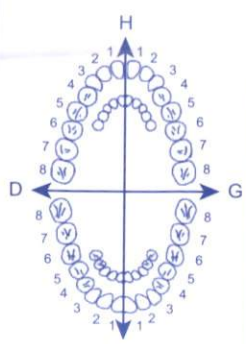
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D		G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Sarah BELCAIDA

Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de Bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



Ordonnance

الدكتورة سارة بلقيدة

الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعقم من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السياقة

Berrechid le : 04/03/23

mentazij El Kebira

56,60 x 2

- Diposotele



100 mg

* Dune forte EMO.

100 mg

3 x 125,50

- Ferlipo



up 1/2 pdt 03 mo

3 x 24,40

- Devothrox 100 mg



up 1/2 pdt 03 mo

3 x 13,40

Devothrox 50 mg up 1/2 pdt 03 mo

20. شارع محمد الخامس جزيرة نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)

20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid

الهاتف : 05 22 33 68 30

Pharmacie NASROLLAH
BERRECHID
ot. Nasrollah N°327 - Berrechid
Tél.: 05 22 51 67 19



- Imodium
30.15 2 gel x 3

S.V.

Sarah BELCAIDA!
Madame Générale
Tel: 0522 33 66 30
INF: 0611 922 30

Exp : 01/2025
PPC : 125.50 DH

633,60

Pharmacie NASROLLAH
Dr. Nasrollah N°327 - Berrechid
Tél.: 05 22 51 67 19

EXP Lot

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH

E91902
05/2024



6 118001 150137 >

EXP Lot

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH

E91902
05/2024



6 118001 150137 >

(voir rubrique 3). De graves problèmes cardiaques (les symptômes peuvent inclure un rythme cardiaque rapide ou irrégulier) ont été rapportés chez des patients qui ont pris trop de lopéramide, le principe actif d'IMODIUM gélule.

Faites attention avec IMODIUM 2 mg, gélule :

- **Vous devez arrêter le traitement et consulter rapidement votre médecin dans les cas suivants :**
 - si vous ne notez pas d'amélioration au bout de 2 jours de traitement dans le cas d'une diarrhée aiguë,
 - en cas d'apparition de fièvre ou de vomissement pendant le traitement,
 - en cas de présence de sang ou de glaires dans les selles,
- **Vous devez également consulter rapidement votre médecin en cas de soif intense, de sensation de langue sèche.** En effet, ces signes montrent un début de déshydratation, c'est à dire de perte importante de liquide due à la diarrhée. Votre médecin jugera alors de la nécessité de vous prescrire une réhydratation qui pourra se faire par voie orale ou par voie intraveineuse.
- si vous êtes infecté par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), arrêtez immédiatement le traitement dès les 1ers signes de distension abdominale (se traduisant par un gonflement du ventre).
- En cas d'insuffisance hépatique (*mauvais fonctionnement du foie*), prévenez votre médecin ; une surveillance médicale étroite peut s'avérer nécessaire en cas de traitement par ce médicament.
- Vous devez suivre les règles diététiques suivantes pendant le traitement :
 - vous réhydrater par des boissons abondantes, salées ou sucrées, afin de compenser les pertes de liquide dues à la diarrhée (la ration quotidienne moyenne en eau de l'adulte est de 2 litres),
 - vous alimenter suffisamment le temps de la diarrhée,
 - en évitant certains apports et particulièrement le lait, les crudités, les fruits, les légumes verts, les plats épicés, ainsi que les aliments ou boissons glacés.
 - en privilégiant les viandes grillées, le riz.
- L'utilisation de ce médicament est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose (maladies héréditaires rares).

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Autres médicaments et IMODIUM 2 mg, gélule

Informez votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, notamment :

- de l'itraconazole ou du kétoconazole (utilisés pour traiter des infections fongiques)
- du gemfibrozil (utilisé pour traiter un taux élevé de graisses dans le sang)
- de la desmopressine (utilisée notamment pour limiter la soif et la production d'urine chez les patients souffrant de diabète insipide)

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse que sur les conseils de votre médecin. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

L'allaitement n'est pas recommandé en cas de traitement par ce médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Soyez prudent. Ne pas conduire sans avoir lu la notice.

Ce médicament provoque parfois une somnolence, des sensations vertigineuses ou de la fatigue. En raison de ces risques, la prudence est recommandée lors de la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines.

IMODIUM 2 mg, gélule contient du lactose.



Imodium®

2 mg, gélule

Chlorhydrate de loperan

LOT : 22E012
PER : 08 2027

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél



P.P.V : 30DH50



**Veuillez lire attentivement
le médicament car elle
vous.**

- Gardez cette notice. Vo
- Si vous avez d'autres
pharmacien.
- Ce médicament vous
pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les
signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre
médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet
indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que IMODIUM 2 mg, gélule et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre IMODIUM 2 mg, gélule ?
3. Comment prendre IMODIUM 2 mg, gélule ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver IMODIUM 2 mg, gélule ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE IMODIUM 2 mg, gélule ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique : ANTI-DIARRHEIQUE - code ATC : A07 DA 03
IMODIUM 2 mg, gélule est un médicament anti-diarrhéique.

Il est indiqué dans le traitement symptomatique des diarrhées aiguës et chroniques de l'adulte et de l'enfant de plus de 8 ans.

Il est important pendant le traitement de boire abondamment et de suivre des mesures diététiques (voir sous-rubrique « Faites attention avec IMODIUM 2 mg, gélule »).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE IMODIUM 2 mg, gélule ?

Ne prenez jamais IMODIUM 2 mg, gélule :

- si vous êtes allergique au chlorhydrate de loperamide ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.
- si du sang est présent dans vos selles et/ou en cas de fièvre importante.
- si vous êtes atteint d'une maladie chronique de l'intestin et du côlon, notamment au cours des poussées aiguës de rectocolite hémorragique (*maladie inflammatoire de l'intestin avec saignements*).
- si vous souffrez d'inflammation de l'intestin avec diarrhée et douleurs suite à l'utilisation d'antibiotiques (*colite pseudomembraneuse*).
- si vous souffrez d'une inflammation de l'intestin due à une bactérie invasive (*entérocolite bactérienne*).
- si l'enfant à traiter est âgé de moins de 8 ans.

Ce médicament ne doit pas être utilisé lorsqu'un arrêt ou une diminution du transit intestinal doit être évité.

Le traitement doit être interrompu en cas d'apparition de constipation, de distension abdominale ou d'occlusion intestinale.

EN CAS DE DOUTE, VOUS DEVEZ DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

Ne prenez ce produit que pour l'utilisation à laquelle il est destiné (voir rubrique 1) et ne prenez jamais plus que la dose recommandée



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ.
 - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى و لو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة.
- انظر الفقرة



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ.
 - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى و لو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة.
- انظر الفقرة



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
 - إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ.
 - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى و لو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
 - إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليكَ. وهذا ينطبق أيضاً على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة.
- انظر الفقرة



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

7871391098

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ.
- وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك. وهذا ينطبق عليك أيضاً على أي من الآثار الجانبية السجّلة غير المذكورة في هذه النشرة.



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

7871391098

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ
- وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك. وهذا ينطبق عليك أيضاً على أي من الآثار الجانبية السجّلة غير المذكورة في هذه النشرة



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

7871391098

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليكَ.
- وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك. وهذا ينطبق عليك أيضاً على أي من الآثار الجانبية السجّلة غير المذكورة في هذه النشرة.

ORDONNANCE

Le: 03/03/23

Mentazig & El Kehina

- NFS

- HST

- SA

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAMAZINE
Pharmacies Biologiste

Sarah BELCAIDA
Médecin Généraliste
Tél: 0522 33 88 30
NPE: 081192332



FACTURE N° : 23002516

BERRECHID : 03/03/2023
Nom et Prénom ... : Madame El Kebira MORTAZIQ
Prescripteur : Dr. BELCAIDA Sarah

Bilan :
NFS B80+ VS B30+ TSH B250+

Montant Net : 406,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Quatre cent six Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

Dr. Abdelhakim HAWAZINE
Pharmacien Biologiste
LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI



INPE 063060990

Dr. BELCAIDA Sarah

Date du prélèvement : 03/03/23

Dossier édité le : 04/03/2023

Code Patient : 146770



Mme MORTAZIQ El Kebira

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

030323 097

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

GLOBULES ROUGES	: 4,34	M/ μ l	(3,8 à 5,4)
HEMOGLOBINE	: 11,40 //	g/dL	(12,5 à 15,5)
HEMATOCRITE	: 35,10	%	(37 à 47)
V.G.M	: 80,88	μ 3	(82 à 98)
T.C.M.H	: 26,27	pg	(>OU= 27)
C.C.M.H	: 32,48	%	(32 à 36)

PLAQUETTES	: 288 000	/mm ³	(150 000 à 400 000)
------------	-----------	------------------	---------------------

GLOBULES BLANCS	: 10 520,00	/mm ³	(4 000 à 10 000)
-----------------	-------------	------------------	------------------

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES ..	: 63,50	%	
Soit	: 6 680,20	/mm ³	(1 800 à 7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES ..	: 2,900	%	
Soit	: 305,1	/mm ³	(100 à 400)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	: 0,50	%	
Soit	: 52,6	/mm ³	(0 à 200)
LYMPHOCYTES	: 25,30	%	
Soit	: 2 661,6	/mm ³	(1 000 à 4 500)
MONOCYTES	: 7,80	%	
Soit	: 820,6	/mm ³	(200 à 1 000)
TOTAL.....	: 100,00	%	

VITESSE DE SEDIMENTATION Automate (VACUETTE)

1 ère heure.....	: 27 //	mm	< à 10
2 ème heure.....	: 53 //	mm	< à 20



INPE 063060990

Dr Abdelhakim BERRACHID
Pharmacien Biologiste
LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI

Dr. BELCAIDA Sarah

Date du prélèvement : 03/03/23

Dossier édité le : 04/03/2023

Code Patient : 146770



Mme MORTAZIQ El Kebira

Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

030323 097

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

TSH (THREOSTIMULINE) : 25,57 μ IU/ml

Par Chimiluminescence sur Architect abbott

Valeurs attendues

Euthyroidie : 0.25 à 5 μ IU/mlHyperthyroidie : $<$ à 0.15 μ IU/mlHypothyroidie : $>$ à 7 μ IU/mlLABORATOIRE CENTRAL
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZ
Pharmacie Biologiste

INPE 063060990