

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 canalaire, 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 canalaire.

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-793951

158525



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 1082

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELMATROUNI KHADJJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/23

Nom et prénom du malade : ELMATROUNI KHADJJA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

4. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénéréologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amstelam
Casablanca - Tel: +212 05 22 85 00 00

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

RELEVE 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
03/02/2013	23 - 103		300	INP : 11111111111111111111111111111111
			915	<i>F. H. BENCHICOU</i> Dermatologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MACIET FARMACY Rachida Moutouh	03/02/23	Dr. BENCHIKHI H INPE : 09102816 120522850000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES NAFIA LAB 27 Lotissement Nasr et Yamina Sidi Moumen-Casablanca Tél: 0522 71 96 59	ES 28/2/23	SB : 500	550,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

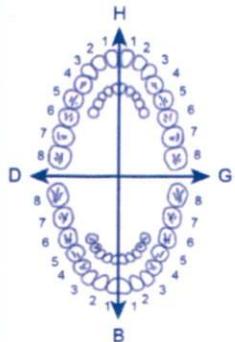
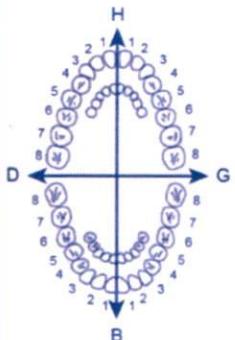
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>															
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-			B	00000000	00000000	35533411 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552															
		D	00000000	00000000															
		-																	
		B	00000000	00000000															
35533411 11433553																			
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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																			



Laboratoire Nafia D'analyses Médicales

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Rachida NAFIA

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

I N P E : 093061620



Casablanca, le 08/02/2023

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 080223-042 Pvt du: 08/02/2023 9:38

Nom : Mme EL MANOUNI Khadija Ep Ziad

Demandé par Dr : BENCHIKHI H

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	:	4,91 M/mm ³	(3,8 - 5,9) 5,41 (19/01/22)
Hémoglobiné	:	13,40 g/dl	(11,5 - 17,5) 15,00 (19/01/22)
Hématocrite	:	38,80 %	(34 - 53) 45,10 (19/01/22)
VGM	:	79,02 fL	(76 - 96) 83,36 (19/01/22)
TCMH	:	27,29 pg	(24 - 34) 27,73 (19/01/22)
CCMH	:	34,54 g/dl	(31 - 36) 33,26 (19/01/22)
Leucocytes	:	8300 /mm ³	(3800 - 11000) 5710 (19/01/22)
Plaquettes	:	381 000 /mm ³	(150000 - 445000) 266 000 (19/01/22)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	60,3 % Soit 5004/mm ³	(1400 - 7700) 2889,0 (19/01/22)
Lymphocytes	:	28,7 % Soit 2382/mm ³	(1000 - 4800) 1730,0 (19/01/22)
Monocytes	:	7,3 % Soit 605/mm ³	(150 - 1000) 999,0 (19/01/22)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,7 % Soit 224/mm ³	(20 - 580) 29,0 (19/01/22)
Polynucléaires Basophiles	:	1 % Soit 83/mm ³	(Inférieur à 100) 63,0 (19/01/22)
Au total	:	100 % Soit 8300,00	

Vitesse de sédimentation

VS 1ère heure	:	76 mm	51 (09/03/21)
---------------	---	-------	---------------

L'accélération de la VS est dite :

- légère : < 30 mm / 1 ère H
- modérée : 30 - 50 mm / 1 ère H
- Importante : 50 - 100 mm / 1 ère H
- Très importante : > 100 mm / 1 ère H

Le Biologiste

LABORATOIRE NAFIA D'ANALYSES MÉDICALE
NAFIA LAB
Casablanca
Tél : 0524 7196 59

52, Bd. Houcine Soussi, Lot. nasr et Yamna Sidi Moumen Casablanca

52، شارع الحسين السوسي تجزئة النصر و يامنة، سيدى مومن، الدار البيضاء

Tél / Fax : 05 22 71 96 59 - E-mail : nafialab@gmail.com - IF : 55617379 - ICE : 001139223000067

Pr. H. BENCHIKHI

Dermatologie - Vénérologie

Ex Chef de service au CHU Ibn Rochd

Ex Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

أستاذة حكيمة بنشيخي

الأمراض الجلدية والتناسلية

رئيسة سابقة لقسم أمراض الجلد بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 3 Février 2023

Mme EL MANOUNI Khadija

- NFS-Plaquettes
- VS, CRP
- Transaminases
- Glycémie à jeun, Hb glyquée
- Urée
- Créatinémie

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
NAFIALAB
N°27 L'oummement Nasr et Yamma, Casablanca
TEL : 0522 71 66 59

Pr. H. BENCHIKHI
Dermatologie - Vénérologie
Angle Bd. 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca - Tel.: +212 05 22 85 00 00

Spécialités

Dermato-Allergologie
Maladies Vénériennes
Dermatologie esthétique
Laser cutané

Cabinet privé

Résidence Amsterdam
Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Casablanca (au-dessus de Mc Donald's)
05 22 85 00 00 / 05 22 80 02 02
I.C.E.: 001809642000021 - INPE : 091028167



XYZALL® 5 mg, comprimé pelliculé

Dichlorhydrate de lévocétirizine

Boîtes de 14 ou de 28

Adultes et enfants à partir de 6 ans

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez 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 XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ?
3. Comment prendre XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver XYZALL 5 mg, comprimé pelliculé ?
6. Contenu de l'emballage et au

1. QU'EST-CE QUE XYZAL CAS EST-IL UTILISE ?

Classe pharmacothérapeutique de la pipérazine, code ATC : Le dichlorhydrate de lévocétirizine XYZALL est un médicament. XYZALL est indiqué pour le :
• la rhinite allergique (incluant les démangeaisons et rou

2. QUELLES SONT LES PRENDRE XYZALL 5 mg

Si votre médecin vous contactez-le avant de prendre XYZALL. Ne prenez jamais XYZALL :

- si vous êtes allergique (hypersensible) à la lévocétirizine, à l'hydroxyzine ou à d'autres médicaments, mentionnés dans la rubrique 4.
- si vous avez une maladie de la moelle épinière ou une clairance de la créatinine insuffisante.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou à un pharmacien. Si vous êtes susceptible de souffrir d'une lésion de la moelle épinière, veuillez demander conseil à votre médecin. Si vous souffrez d'épilepsie, demandez conseil à votre médecin. Si vous avez une aggravation des crises.

Si vous avez prévu de faire une opération, vous devrez arrêter de prendre ce médicament. Ce médicament peut affecter les résultats de vos tests d'allergie.



IELS

vés



DE

acres,

à la

ce

ur

LOT 221040

EXP 04 2026

PPV 30 10



une
ate),

ons,
une

sin si

plusieurs jours avant le test. Ce

OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélule (Oméprazole)

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement et votre maladie.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

1. Identification du médicament:

Forme pharmaceutique et présentation:

OEDES® 20 mg. Microgranules gastro-résistants en gélules, boîtes de 7, 14, 28 et 56

2. Composition du médicament:

Principes actives:

Oméprazole 20 mg
EXCIPIENTS q.s.p une gélule.

Excluient à effet notoire : Saccharose.

3. Classe pharmaco-thérapeutique :

OEDES® 20 mg contient la substance active Oméprazole. Il appartient à la classe des médicaments appelée inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la quantité d'acide produite par votre estomac.

4. Indications thérapeutiques

OEDES® 20 mg est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

• le reflux gastro-oesophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'oesophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

• les ulcères de la partie haute de votre intestin (ulcère duodénal) ou de votre estomac (ulcère gastrique).

• les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, votre médecin peut également vous prescrire des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

• les ulcères de l'estomac associés à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). OEDES® 20 mg peut aussi être utilisé pour la prévention de ceux-ci si vous prenez des AINS.

• un excès d'acide dans l'estomac dû à une gousseuse au niveau du pancréas (syndrome de Zollinger-Ellison)

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus d'un an et avec un poids corporel $\geq 10 \text{ kg}$:

• le reflux gastro-oesophagien (RGO). L'acide de l'estomac remonte au niveau de l'oesophage (le tube qui relie la gorge à l'estomac) entraînant douleur, inflammation et brûlures.

• Les symptômes chez l'enfant peuvent comprendre des remontées dans la bouche du contenu de l'estomac (régurgitation), des vomissements et une prise de poids limitée.

Enfants âgés de plus de 4 ans et adolescents :

• les ulcères infectés par une bactérie appelée Helicobacter pylori. Dans ce cas, le médecin peut également prescrire à votre enfant des antibiotiques qui permettent de traiter l'infection et de guérir l'ulcère.

5. Posologie, Mode et/ou voie(s) d'administration, Fréquence d'administration et Durée du traitement :

Veillez toujours à prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien.

Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute. Votre médecin vous dira combien de gélules vous devez prendre et pendant combien de temps vous devez les prendre. Cela dépendra de votre état de santé et de votre âge.

Posologie :

Les doses recommandées sont mentionnées ci-dessous:

Utilisation chez les adultes :

Traitement des symptômes du reflux gastro-oesophagien tels que brûlures et régurgitation acide.

Si votre médecin constate que votre oesophage a été légèrement endommagé, la dose recommandée est de 20 mg une fois par jour pendant 4-8 semaines. Votre médecin peut vous demander de

gazeuse, un jus de fruit légèrement acide (jus d'orange, pomme ou ananas) ou dans de la compote de pomme.

• Toujours renouer juste avant de boire le mélange (le mélange ne sera pas homogène). Puis boire le mélange immédiatement ou dans les 30 minutes.

• Pour s'assurer que vous avez bu tout le médicament, bien rincer le verre avec un demi-verre d'eau et le boire. Les morceaux solides contiennent le médicament, ne les mâchez ni les croquez.

6. Contre-indications :

Ne prenez jamais OEDES® 20 mg, gélule :

• si vous êtes allergique à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans OEDES® 20 mg.

• si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple pantoprazole, lanzaprazole, rabeprazole, esoméprazole).

• Si vous prenez un médicament contenant du néfénlavir (utilisé pour traiter l'infection par le VIH).

• Si vous êtes dans une des situations décrites ci-dessus, ne prenez pas OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante. Si vous avez des doutes, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre OEDES® 20 mg.

7. Effets indésirables :

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Si vous remarquez un des effets indésirables suivants, ceux-ci étant rares mais sérieux, arrêtez de prendre OEDES® 20 mg et contactez immédiatement un médecin :

• Apparition soudaine d'une

lèvres, de la la
partie de conn
graves).

• Rougeurs

Parfois, les bu
saignement au
des parties g
Stevens-Johns

• Jaunisse, u
d'une maladie
Les autres eff

Effets indésir
personne sur

• Maux de tête

• Effets sur l'
constipation, fi

• Nausées ou

• Polypes bén

Effets indésir
personne sur

• Gonflement

• Troubles du

• Étourdissem

• Vertiges.

• Modificati
fonctionnemen

• Eruptions cu

• Malaise gén

Effets indésir
sur 1000)

• Troubles sa

blancs ou de

faiblesse, des e

• Réactions a

des lèvres, de la

sifflante.

• Diminution du

provocuer une faiblesse.

• Agitation, confus

on ou dépression.

• Troubles du goû

• Troubles de la vue

, tels que vision trouble.

• Respiration sifflante ou sifflage court (bronchospasme)

• Vous avez des selles noires (teintées de sang).

• Vous souffrez de diarrhée sévère ou persistante, car l'oméprazole a été associé à une faible augmentation de diarrhées infectieuses.

• Si vous avez des problèmes hépatiques sévères.

• Si vous êtes déjà arrivé à développer une réaction cutanée après un traitement par un médicament similaire à OEDES® qui réduit l'acidité de l'estomac.

• Vous devez effectuer un examen sanguin spécifique (Chromogranine A).

Si vous prenez OEDES® 20 mg au long-cours (durée supérieure à un an), votre médecin vous surveillera probablement de façon régulière. Vous devez définir précisément tous les symptômes et événements nouveaux ou exceptionnels quand vous voyez votre médecin.

La prise d'un inhibiteur de la pompe à protons tel que OEDES® 20 mg, gélule gastro-résistante, en particulier sur une période supérieure à un an, peut légèrement augmenter le risque de fracture de la hanche, du poignet ou des vertèbres. Prévenez votre médecin si vous souffrez d'ostéoporose ou si vous prenez des corticoïdes (qui peuvent augmenter le risque d'ostéoporose).

Si vous avez une éruption sur la peau, en particulier au niveau des zones exposées au soleil, prévenez votre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement avec OEDES® 20 mg. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet indésirable tel que des douleurs dans vos articulations.

Enfants :

Certains enfants atteints d'une maladie chronique peuvent développer une éruption sur la peau, en particulier au niveau des zones exposées au soleil, prévenez votre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement avec OEDES® 20 mg. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet indésirable tel que des douleurs dans vos articulations.

Enfants :

Certains enfants atteints d'une maladie chronique peuvent développer une éruption sur la peau, en particulier au niveau des zones exposées au soleil, prévenez votre médecin dès que possible, car vous devrez peut-être arrêter votre traitement avec OEDES® 20 mg. N'oubliez pas de mentionner également tout autre effet indésirable tel que des douleurs dans vos articulations.

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 211541
PER : 05-2024
PPV : 140,00DH

ment, y
à votre
r sur le
cements

nez un
ation par
i prenez
onazole

z de la
saine au
que la
ar votre
ation de

ment de
adication

• Clodipirogrel (utilisé pour prévenir les caillots de sang (thrombus)).

• Erlotinib (utilisé dans le traitement du cancer).

• Méthotrexate (médicament utilisé en chimiothérapie à forte dose dans le traitement du cancer). Si vous prenez une forte dose de

LABORATOIRE NAFIA D'ANALYSES MEDICALES

N° 27 Lotissement Nasr Et Yamna Sidi Moumen

Tél : 05 22 71 96 59

INPE : 093061620



093061620

Facture

N° facture : 2023-04079

Édité le : 25/04/2023

Patient : Mme EL MANOÙNI Khadija Ep Ziad

Date prélèvement : 08/02/2023

Designation Acte	Cotation
Transaminases GOT (ASAT)	50
Transaminases GPT (ALAT)	50
NUMERATION GLOBULAIRE	80
Vitesse de sédimentation	30
Glycémie à jeun	30
Hémoglobine glycosylée	100
Urée	30
Créatinine	30
Protéine C Réactive (CRP)	100

Nombre B	500,00
Total	550,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent cinquante dirhams***

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
NAFIALAB
N°27 Lotissement Nasr et Yamna
Sidi Moumen-Casablanca
Tél: 0522 71 96 59



NAFIA LAB

Laboratoire Nafia D'analyses Médicales

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Rachida NAFIA

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

Mme EL MANOUNI Khadija Ep Ziad

Dossier N° : 080223-042

Page : 2/2

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	:	1,97 g/L 10,84 mmol/l	(0,7 - 1,1) (3,85 - 6,05) 1,52 (19/01/22)
Hémoglobine glycosylée	:	9,6 %	(4 - 6) 9,4 (19/01/22)
		<i>Technique HPLC-Tosoh</i>	
le diabète est :			
* bien équilibré < 6,5 %			
* moyennement équilibré entre 6,5 et 7,5 %			
* mal équilibré au-delà de 8 %			
Urée	:	0,25 g/L 4,17 mmol/L	(0,1 - 0,5) (1,67 - 8,33) 0,30 (19/01/22)
Créatinine	:	8,32 mg/L 73,55 umol/L	(4,7 - 11) (41,54 - 97,24) 8,73 (19/01/22)
Protéine C Réactive (CRP)	:	8,20 mg/L	(Inférieur à 6) 15,20 (19/01/22)
		<i>(Technique : Turbidimétrie)</i>	

ENZYMOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Transaminases GOT (ASAT)	:	31,00 UI/L	(Inférieur à 35) 27 (30/03/16)
Transaminases GPT (ALAT)	:	38,00 UI/L	(Inférieur à 35) 33 (30/03/16)

Nous vous remercions de votre confiance

Le Biologiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
NAFIA LAB, 52 Bd Hocine Soussi, Casablanca, Maroc
Tél / Fax : 05 22 71 96 59 - E-mail : nafialab@gmail.com - IF : 55617379 - ICE : 001139223000067

52, Bd Hocine Soussi, Lot nasr et Yamma Sidi Moumen Casablanca, Maroc

شارع الحسين السوسي تجزئة النصر و يامنة، سيدى مومن، الدار البيضاء

Tél / Fax : 05 22 71 96 59 - E-mail : nafialab@gmail.com - IF : 55617379 - ICE : 001139223000067

* RAPPORT D'ANALYSE *

2023/02/08 09:06

TOSOH V01.20

NO: 0016 TB 0002 - 06

ID: 1080223042

CAL(N) = 1.1621X + 0.4933

TP 1008

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.25	7.74
A1B	0.8	0.34	13.64
F	0.6	0.73	0.70
LA1C+	3.2	0.57	54.65
SA1C	9.6	0.71	135.74
A0	87.2	1.05	1511.85
		AIRE TOTALE	1733.34

HbA1c 9.6%

HbA1 10.8 % HbF 0.6 %
0% 15%

