

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.

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'HC Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-010085

462864

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1520 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NARMAVE Abdouli

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

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 :

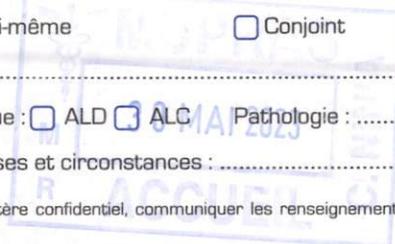
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|

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 :

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
| | | | | 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 colspan="2">H</td> </tr> <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> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[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

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 a 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 703578

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : NAAMANE Abdelalim
Matricule : 1500 Fonction : relève Poste : ✓
Adresse : 10 BOUSKOURA
Tél. : 0660 017962 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie :
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / / Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 703578
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 05/23/2010 | B, G, P | 750,00 |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

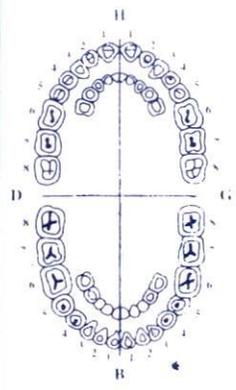
| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

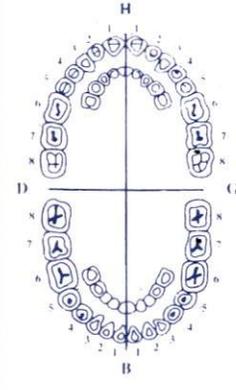
VOLET ADHERENT

* 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 canauxaires ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANT 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="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | 25533412 | H | 21433552 | 00000000 | | 00000000 | 00000000 | D | G | 35533411 | B | 11433553 | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 25533412 | H | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | D | G | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | B | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANT 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

Docteur Mostapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif
Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse



الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بتولوز

Casablanca, le 02 05 23 في الدار البيضاء،

Ordonnance

NTAMINE Abdelhamez

- NFS / VS / CRP
- biochimie sanguine
- Troponine

Laboratoire d'Analyse Médicales
MIJHARLAB
Centre Commercial Souffiane Lot 07-08
S.C. Majidi ul - Casab Anja
Tel: 05 22 58 35 56 - Fax: 05 22 58 18 05

Dr. SABIR Mustapha
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 90 64 / GSM: 06 68 17 29 17



Casablanca, le 02 05 23 في الدار البيضاء،

Ordonnance

NAAMNE Abdoukareem

- NFS / VS / CRP
- mycoplasme sanguin
- Troponine

Laboratoire d'Analyse Médicales
M.I.H. IRLAB
Centre Commercial Souffere Lor Chaouing
S.C. Maatoul - 2-800 arja
Tél. 05 22 58 35 56 - Fax 05 22 58 18 05

Dr. SABIR Mustapha
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 90 64 - GSM: 06 68 17 29 17

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MIJHARLAB

Centre commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI,

Sidi Maarouf, Casablanca

Tél : 0522583556 - Fax : 0522581805

IF: 15252767 - TP: 36167325 - CNSS: 43023445 - ICE: 000114256000076 - INPE: 093061760

FACTURE N° : 230005879

Casablanca le 10-05-2023

Mr Abderrahim NAAMANE

Demande N° 2305102018

Date de l'examen : 10-05-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--|------|-------|
| 0120 | Ionogramme complet(Na, K, Cl, Prot, RA, Ca) | B160 | B |
| 0149 | Troponine | B250 | B |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |
| 0223 | VS | B30 | B |
| 0370 | CRP | B100 | B |

Total des B : 620

TOTAL DOSSIER : 750.00 DH

Type de reglement : Espèces le 10-05-2023

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent cinquante dirham s

Laboratoire d'Analyse Médicales
MIJHARLAB
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 35 56 - Fax : 05 22 58 18 05



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

Prélèvement du : 10-05-2023 à 08:59
Identifiant : 2305102018
Edition : 10-05-2023

Patient : Mr NAAMANE Abderrahim
Date de naissance : 15-01-1950
Référence : 2305102018
Prescripteur : POLYCLINIQUE CNSS

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme : NFS

Cytométrie de flux (Pentra 60C+)

| | | | |
|-------------------------------|-------|---------------------|--------------|
| Hématies : | 3.61 | 10 ⁶ /μL | (4.00-5.65) |
| Hémoglobine : | 12.7 | g/dL | (12.5-17.2) |
| Hématocrite : | 36.3 | % | (37.0-49.0) |
| VGM : | 101.0 | fL | (80.0-101.0) |
| TCMH : | 34.0 | pg | (27.0-34.0) |
| CCMH : | 34.9 | g/dL | (30.0-36.0) |
| Leucocytes : | 2.30 | 10 ³ /μL | (3.60-10.50) |
| Polynucléaires Neutrophiles : | 63.3 | % | |
| Soit: | 1.45 | 10 ³ /μL | (1.50-7.70) |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 4.1 | % | |
| Soit: | 0.09 | 10 ³ /μL | (0.02-0.50) |
| Polynucléaires Basophiles : | 0.6 | % | |
| Soit: | 0.01 | 10 ³ /μL | (<0.20) |
| Lymphocytes : | 19.1 | % | |
| Soit: | 0.44 | 10 ³ /μL | (1.00-4.00) |
| Monocytes : | 12.9 | % | |
| Soit: | 0.30 | 10 ³ /μL | (0.10-0.90) |
| Plaquettes : | 74 | 10 ³ /μL | (160-370) |

Frottis sanguin

Thrombopénie contrôlée sur frottis sanguin .

Demande validée par Samira KOUTAIR
Docteur Koutair Samira
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima,
Ed. Abou Bakr EL KADIRI Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél: 06 22 58 35 56 - 06 32 16 30 36

Page 1/3



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

2305102018 - Mr Abderrahim NAAMANE

Vitesse de sédimentation

| | | |
|---------------|-------|--------|
| VS 1ère heure | 64 mm | (2-8) |
| VS 2ème heure | 83 mm | (6-20) |

L'accélération de la VS est dite:

- Légère: < 30 mm/1ère H
- Modérée: 30 à 50 mm/1ère H
- Importante: 50 à 100 mm/1ère H
- Très importante: > 100 mm/1ère H

BIOCHIMIE SANGUINE

| | | |
|---------------------------|-------------|---------|
| Protéine C-réactive (CRP) | 109.50 mg/L | (<6.00) |
|---------------------------|-------------|---------|

Résultat contrôlé.

Ionogramme sanguin

| | | |
|---------------------------------|--------------|---------------|
| Sodium (Na) | 136 mEq/L | (135-145) |
| | 136 mmol/L | (135-145) |
| Potassium (K) | 4.61 mEq/L | (3.50-5.10) |
| | 4.61 mmol/L | (3.50-5.10) |
| Chlore (Cl) | 104 mEq/L | (95-110) |
| | 104 mmol/L | (95-110) |
| Bicarbonates (CO ₂) | 23.0 mEq/L | (23.0-31.0) |
| Protéines totales | 73 g/L | (56-83) |
| Calcium (Ca) | 87 mg/L | (86-107) |
| | 2.175 mmol/L | (2.150-2.675) |

Demande validée par : Dr. Samira Dr Koutair

Samira KOUTAIR
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Bd. Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél: 05 22 58 35 56 - 06 32 16 30 36

Centre commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI, Sidi Maarouf, Casablanca
Tél: 05 22 58 35 56 - 06 32 16 30 36 - Contactez pour RDV: 06 64 46 14 35 - <http://rdvcovidmaroc.com/mijharlab>

IF: 15252767 - TP: 36167325 - CNSS: 43023445 - ICE: (000)14256000076 - E-mail: mijharlab@yahoo.fr



MIJHARLAB

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

2305102018 - Mr Abderrahim NAAMANE

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine I (HS) T0
(Dosage ELFA/ VIDAS)

3.40 ng/L

Demande validée par : Dr. Samira Dr Koutair
Dr. Samira KOUTAIR
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Bd. Abou Bakr EL KADIRI, Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél: 06 22 58 35 56 - 06 32 16 30 36

Page 3/3



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

Prélèvement du : 10-05-2023 à 08:59
Identifiant : 2305102018
Edition : 10-05-2023

Patient : Mr NAAMANE Abderrahim
Date de naissance : 15-01-1950
Référence : 2305102018
Prescripteur : POLYCLINIQUE CNSS

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme : NFS

Cytométrie de flux(Pentra 60C+)

| | | | |
|-------------------------------|--------------|--------------------|--------------|
| Hématies : | 3.61 | $10^6/\mu\text{L}$ | (4.00-5.65) |
| Hémoglobine : | 12.7 | g/dL | (12.5-17.2) |
| Hématocrite : | 36.3 | % | (37.0-49.0) |
| VGM : | 101.0 | fL | (80.0-101.0) |
| TCMH : | 34.0 | pg | (27.0-34.0) |
| CCMH : | 34.9 | g/dL | (30.0-36.0) |
| Leucocytes : | 2.30 | $10^3/\mu\text{L}$ | (3.60-10.50) |
| Polynucléaires Neutrophiles : | 63.3 | % | |
| Soit: | 1.45 | $10^3/\mu\text{L}$ | (1.50-7.70) |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 4.1 | % | |
| Soit: | 0.09 | $10^3/\mu\text{L}$ | (0.02-0.50) |
| Polynucléaires Basophiles : | 0.6 | % | |
| Soit: | 0.01 | $10^3/\mu\text{L}$ | (<0.20) |
| Lymphocytes : | 19.1 | % | |
| Soit: | 0.44 | $10^3/\mu\text{L}$ | (1.00-4.00) |
| Monocytes : | 12.9 | % | |
| Soit: | 0.30 | $10^3/\mu\text{L}$ | (0.10-0.90) |
| Plaquettes : | 74 | $10^3/\mu\text{L}$ | (160-370) |

Frottis sanguin

Thrombopénie contrôlée sur frottis sanguin .

Demande validée par : Dr Koutair Samira

Samira KOUTAIR
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima,
Bd. Abou Bakr EL KADIRI Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél: 05 22 58 35 56 - 06 22 58 35 05

Page 1/3



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

2305102018 – Mr Abderrahim NAAMANE

Vitesse de sédimentation

| | | |
|---------------|-------|--------|
| VS 1ère heure | 64 mm | (2-8) |
| VS 2ème heure | 83 mm | (6-20) |

L'accélération de la VS est dite:

- Légère: < 30 mm/1ère H
- Modérée: 30 à 50 mm/1ère H
- Importante: 50 à 100 mm/1ère H
- Très importante: > 100 mm/1ère H

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP) **109.50** mg/L (<6.00)

Résultat contrôlé.

Ionogramme sanguin

| | | |
|---------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Sodium (Na) | 136 mEq/L (135-145) | 136 mmol/L (135-145) |
| Potassium (K) | 4.61 mEq/L (3.50-5.10) | 4.61 mmol/L (3.50-5.10) |
| Chlore (Cl) | 104 mEq/L (95-110) | 104 mmol/L (95-110) |
| Bicarbonates (CO ₂) | 23.0 mEq/L (23.0-31.0) | |
| Protéines totales | 73 g/L (56-83) | |
| Calcium (Ca) | 87 mg/L (86-107) | 2.175 mmol/L (2.150-2.675) |

Demande validée par : Dr. Samira Dr Koutair

Samira KOUTAIR
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Ed. Abou Bakr El Kadiri Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél: 05 22 58 35 56 - 06 32 16 30 36



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

2305102018 - Mr Abderrahim NAAMANE

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine I (HS) T0
(Dosage ELFA/ VIDAS)

3.40 ng/L



Demande validée par : Dr. Samira Dr Koutair

Dr Samira KOUTAIR
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Bd. Abou Bakr EL KADIRI, Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél: 05 22 58 35 56 - 06 32 16 30 36

Page 3/3