

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

- 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.

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° M21- 0053713

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06856 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ETEM SI EHOUKRI
Date de naissance : 02-04-67
Adresse : HARTVELLE 189318
Tél. : 0661416106 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : HADIX SANAE Age : 55
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 : Le : 12 / 10 / 23

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

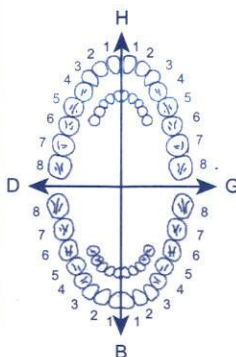
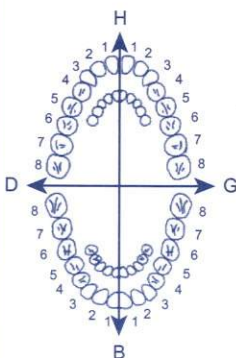
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> B 00000000 35533411 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	



تامين الوفاء
Wafa Assurance

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : STE PROMOPHARM / 11533 / 30
NOM DE L'ASSURE : HAOUDY SANAE
BENEFICIAIRE : HAOUDY SANAE
DECLARATION N° : 22027560 / 22027560

CONTRAT N° : 9152 60 / 512900
CERTIFICAT N° : 4931132 MATRICULE:4931132
DATE DE LA DECLARATION : 19/09/2023
DATE DE REMBOURSEMENT : 12/10/2023

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMB. ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMB.	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMB.
5	Consultation spécialiste	200.00		200.00		90.00%	180.00
13	Analyses médicales	387.50		387.50		90.00%	348.75
14	Radiologie	400.00		400.00		90.00%	360.00
15	Pharmacie	136.00		136.00		90.00%	122.40
TOTAUX		1123.50		1123.50			1011.15
OBSERVATIONS :							

* La cotation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, paradontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- Délai de remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

Protection des données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur 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°09-08 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 service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

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.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE

❧ Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

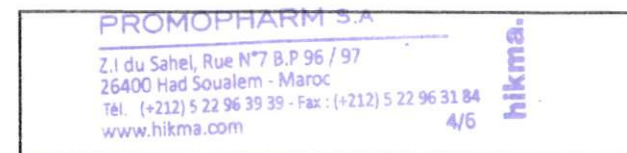


تامين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD, ABDELMOUMEN - CASABLANCA - TEL : 05 22 54 55 55 - R.C. : 31 719 - I.F. 01085467 ICE : 000083736000004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17 99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE : 22027560

Cachet de l'employeur



N° du contrat :

60/512300

N° affiliation :

Matricule Sté :

Nom et prénom de l'assuré

HAOUDY SANAE

Type de déclaration

☒ Médical

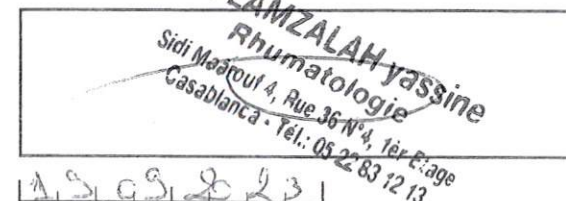
☐ Dentaire

☐ Optique

Total des frais engagés

23,50 DHS

Cachet du médecin :



Date de la consultation :

14/09/2023

Nom et prénom du malade :

HAOUDY SANAE

Âge

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfants

Nature de la maladie :

Rhumatologique

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

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

CERTIFICAT N°

22027560


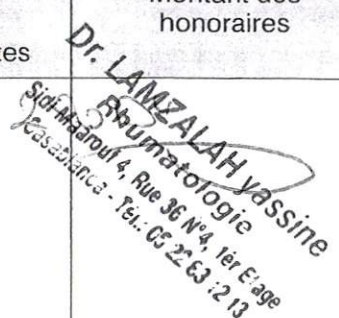

NOM DU MALADE

DATE DE CONSULTATION

TOTAL DES FRAIS ENGAGES :



تامين الوفاء
Wafa Assurance

	Dates des actes médicaux	Signature et cachet du praticien attestant le paiement des actes	Montant des honoraires
Médecin traitant	13/05/23	CS. 	
Pharmacie			
Analyses / Radiologie	21.09.23 21/09/2023	B210 	387,10 400,00
Auxiliaires médicaux			

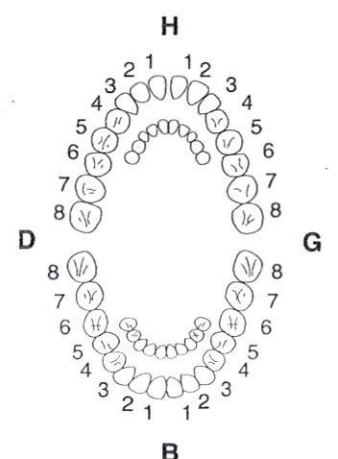
Le praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS ☐ FACTURE ☐

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant Honoraires

SOINS

PROTHESE



Le praticien couvre de hachures les DENTS A REMPLACER, surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets, indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins: _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins: _____

Date: _____

Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse: _____

Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse: _____

Date de l'appareillage: _____

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

Dr Yassine LAMZALAH

Médecin spécialiste en rhumatologie
Médecin des os, des articulations,
Et de la colonne vertébrale

- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo-articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

الدكتور ياسين لمزالاه

أخصائي في أمراض الروماتيزم
العظام والمفاصل والعمود الفقري

إلتهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني

أمراض لعمود الفقري

الفحص بالصدى (البيج)

العلاج بالادوية البيولوجية

أمراض هشاشة العظام

Casablanca le :

21/09/23

Nom :

Mr Haady
Sanae

Anepre 2

29/1/23

10/09/23

136.00 27
Dr. LAMZALAH yassine
Rhumatologie
Sidi Maarouf 4, Rue 36 N°4, 1^{er} étage
Casablanca - Tél.: 05 22 63 12 13

Aly on 21/09/23
1 gel de vir
a - couch

سیدی معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء
Sidi Maarouf 4, Rue 36 N 4, 1^{er} étage - Casablanca tél : 0522831213 Tél : 0774074424
E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

FACTURE N° 2309213055
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 21/09/2023

INPE : 093002574

Mme Sanae HAOUDY EP CHEMSI

Demande N° 2309213055

Date de l'examen : 21/09/2023

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
TSH	B250

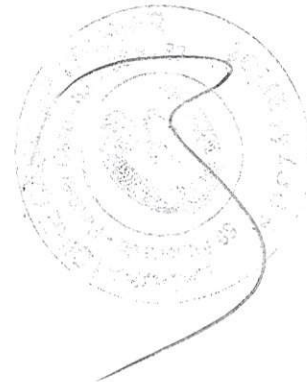
Total des B : 250

Total à payer : **387.50** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois cent quatre-vingt-sept dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature



Dr Yassine LAMZALAH

Médecin spécialiste en rhumatologie
Médecin des os, des articulations,
Et de la colonne vertébrale

- Polyarthrites et maladies systématiques (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo-articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

الدكتور ياسين لمزالاه

أخصائي في أمراض الروماتيزم
العظام والمفاصل والعمود الفقري

إلتهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني

أمراض لعمود الفقري

الفحص بالصدى (البيج)

العلاج بالادوية البيولوجية

أمراض هشاشة العظام

Casablanca le :

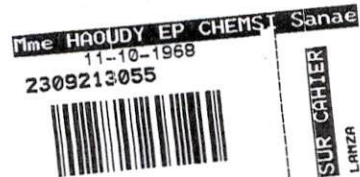
19/09/23

Nom :

HAOUY, Sanae

TST/1

Dr. LAMZALAH yassine
Rhumatologie
Sidi Maarouf 4, Rue 36 N°4, 1^{er} étage
Casablanca - Tel.: 05 22 83 213



3 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء

Sidi Maarouf 4, Rue 36 N 4, 1^{er} étage - Casablanca

E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

Tel : 0774074424

الفحص بالأشعة درب غلف RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé en IMAGERIE des SEINS ,ORL et Maxillo-faciale

Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Specialiste en RADIOLOGIE

EX Professeur en Radiologie au CHU

et la Faculté de Médecine Casablanca

Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.

Ancien Praticien des hôpitaux de France

- SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
- MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
- DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca, le 21/09/2023

FACTURE : 05203/2023

NOM ET PRENOM : HAOUDY SANAË

TYPE EXAMEN : ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

MONTANT : 400 DH

QUATRE CENTS DH

المحمول : 06 61 20 33 31 - GSM : الهاتف : 0522.86.01.25 / 86.10.68 - Tél. :

ملتقى شارع أنوال وعبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب إل سي وايكيني - الدار البيضاء

Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, rez-de-chaussée, Résd. Abdelmoumen Center, à côté de LC Waikiki - Casablanca

Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

IF : 20729789 - RC : 367455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFFL : 5307782

Dr Yassine LAMZALAH

Médecin spécialiste en rhumatologie
Médecin des os, des articulations,
Et de la colonne vertébrale

- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo-articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

لدكتور ياسين لمزالاه

خصائي في أمراض الروماتيزم

لعظام والمفاصل والعمود الفقري

إلتهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني

أمراض لعمود الفقري

الفحص بالصدى (البيج)

العلاج بالادوية البيولوجية

أمراض هشاشة العظام

Casablanca le :

15/09/20

Nom :

Mr Hachy
SANA

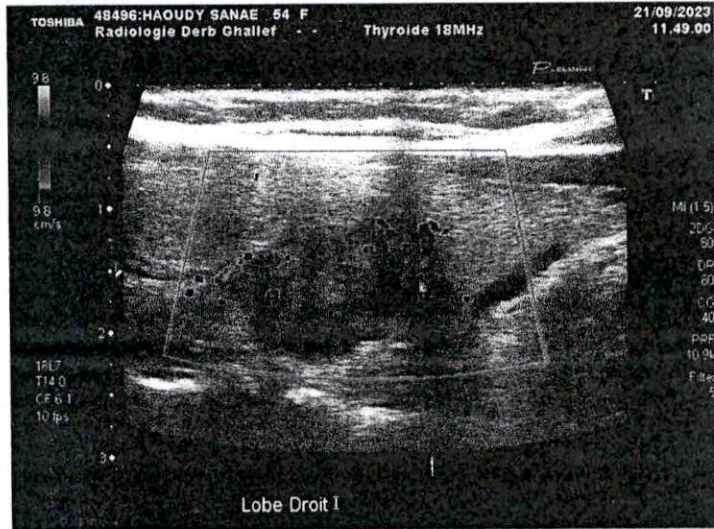
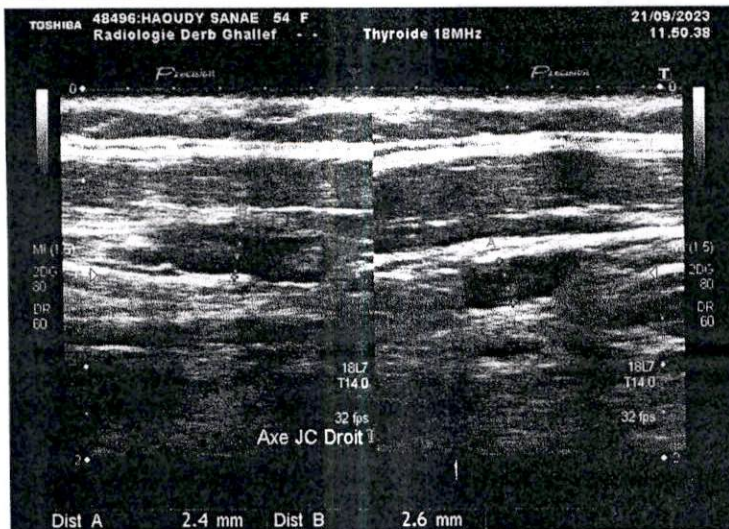
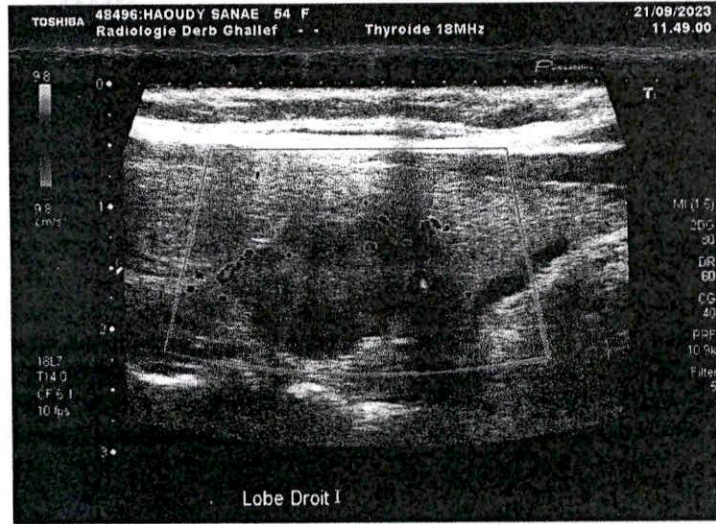
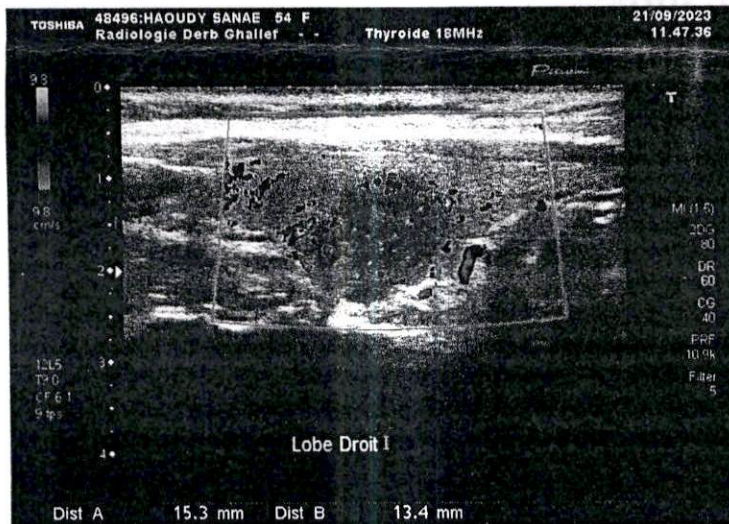
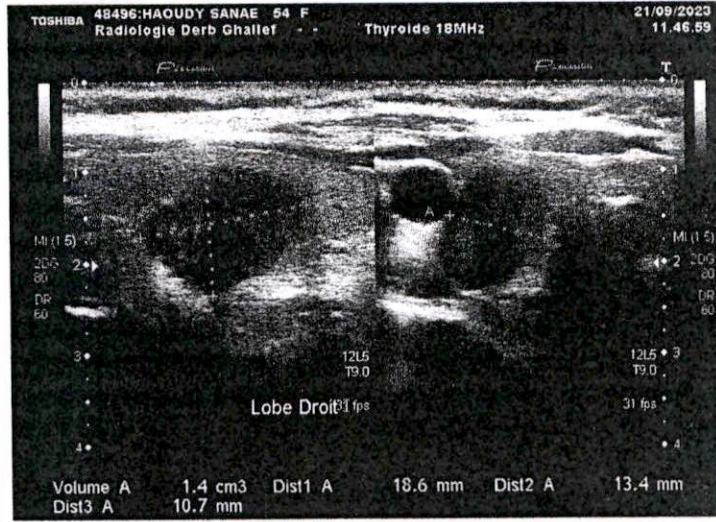
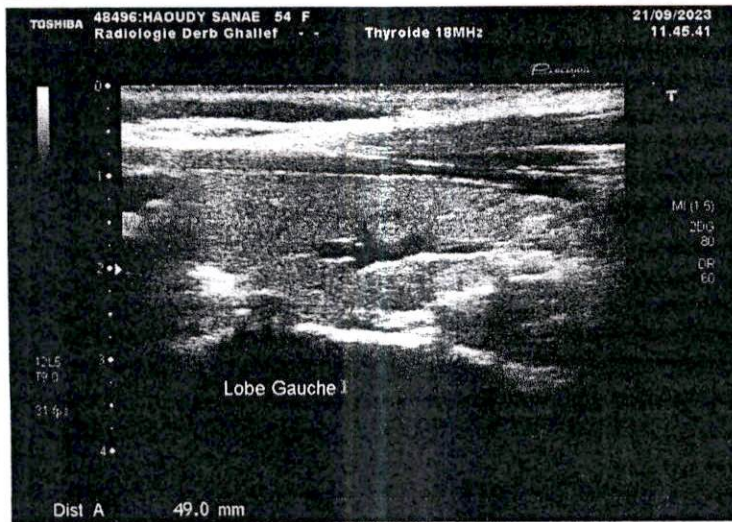
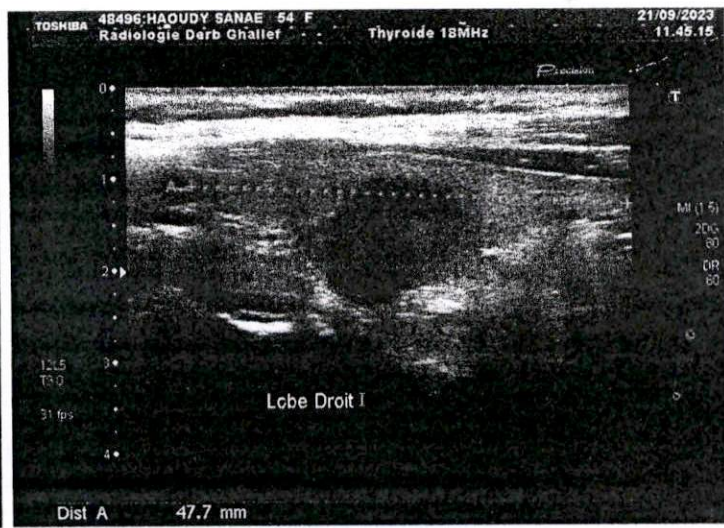
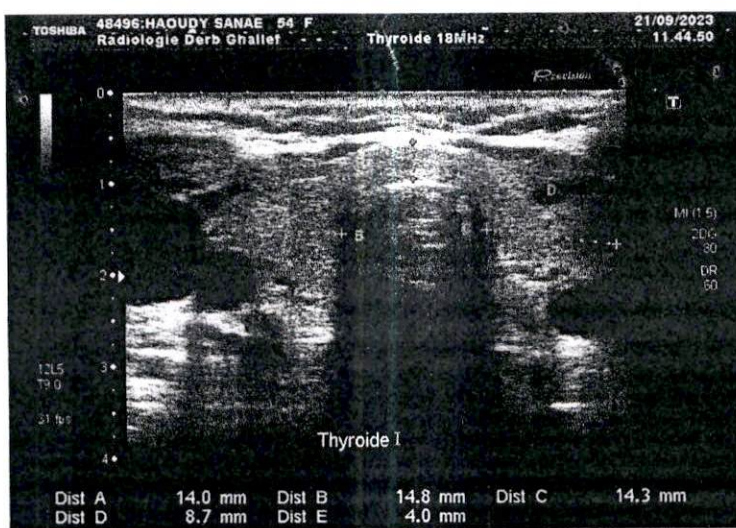
- Gc. (Ten

- nodule Thyroïd
à Doit.

Dr. LAMZALAH yassine
Rhumatologie
Sidi Maarouf 4, Rue 36 N°4, 1^{er} étage
Casablanca - Tél.: 05 22 83 12 13

Echographie
Thyroïd

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء
Sidi Maarouf 4, Rue 36 N 4, 1^{er} étage - Casablanca tél : 0522831213 Tél : 0774074424
E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr



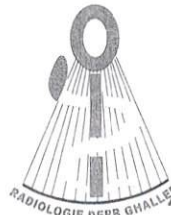
الفحص بالأشعة درب غلف

RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé en IMAGERIE des SEINS, ORL et Maxillo-faciale
Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Specialiste en RADIOLOGIE
EX Professeur en Radiologie au CHU
et la Faculté de Médecine Casablanca
Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.
Ancien Praticien des hôpitaux de France

• SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
• MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
• DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca, le 21/09/2023

PATIENT : HAOUDY SANAË
MEDECIN TRAITANT : DR LAMZALAH YASSINE
EXAMEN(S) REALISE(S) : **ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE**
Pour les images, utilisez le lien : <http://105.155.253.124:8088/visionpacs/>
Login : 95832 Mot de Passe : 48496

CONTEXTE CLINIQUE

Nodule thyroïdien droit

RESULTAT :

La thyroïde est de volume normal mesurant :

Lobe droit 48x15x14 mm soit 5ml.

Lobe gauche 49x14x9 mm soit 3,1 ml.

L'isthme est de 4mm d'épaisseur

Le volume est estimé à 8ml

Le lobe thyroïdien droit présente en médiolobaire postérieur, un nodule à contours bien définis, hypoéchogène homogène, sans microcalcification ni vascularisation au doppler, avec un diamètre antéropostérieur, plus important que le diamètre transversal, ce nodule mesure 19 × 13 × 11 mm soit un volume de 1,4 ml

Le lobe gauche et l'isthme sont d'échostructure homogène sans formation nodulaire décelable

L'examen doppler couleur retrouve une vascularisation harmonieuse sans zone d'hyperhémie.

Absence d'adénopathies latéro-cervicales.

Absence d'anomalie des glandes sous mandibulaires et parotides

CONCLUSION :

La glande thyroïde est de volume normal siège en médiolobaire droit d'un nodule classé EU-TIRADS 4.

EF

Confraternellement

PR A.SKALLI

NB : Dans notre centre nous réalisons la cytoponction échoguidée des nodules thyroïdiens.

Classification EU-TIRADS 2017:

EU-TIRADS1 : Examen normal EU-TIRADS2 : Bénin EU-TIRADS3 : Très probablement bénin

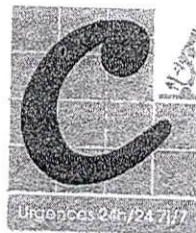
EU-TIRADS 4 : faiblement suspect EU-TIRADS 5: Très suspect

Tél. : 0522.86.01.25 / 86.10.68 : الهاتف : GSM : 06 61 20 33 31 : المحمول

ملتقى شارع أنوال وعبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب إل سي وايكيني - الدار البيضاء
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, rez-de-chaussée, Résd. Abdelmoumen Center, à côté de LC Waikiki - Casablanca

Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

IF : 20729789 - RC : 367455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFFL : 5307782



« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

File Number/ Dossier N° : 2309213055
Results of/ Résultats de : HAOUDY EP CHEMSI
Sanae
Date of birth/ Date de naissance : 11/10/1968
ID Number /N° CIN :

Monsieur Le Dr Yassine LAMZALAH
(Rhumato)

Edition on/ Edition du : 21/09/2023

File registered on/ Dossier enregistré le:
21/09/2023 à 09:14

Dear colleague, we thank you for your trust and we will send you the results of your patient.
Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

Compte-rendu complet

BILAN ENDOCRINIEN

TSH:

(ECLIA sur COBAS 6000)

0,59 mUI/L (0,27-4,20)

27/02/2020

1,38

Valeurs de référence selon diagnostic -roche :

Adultes : 0.27 à 4.2 mUI/L

Enfants :

0j à 6j : 0.70 à 15.2 mUI/L

6j à 3 mois : 0.72 à 11.0 mUI/L

3 à 12 mois : 0.73 à 8.35 mUI/L

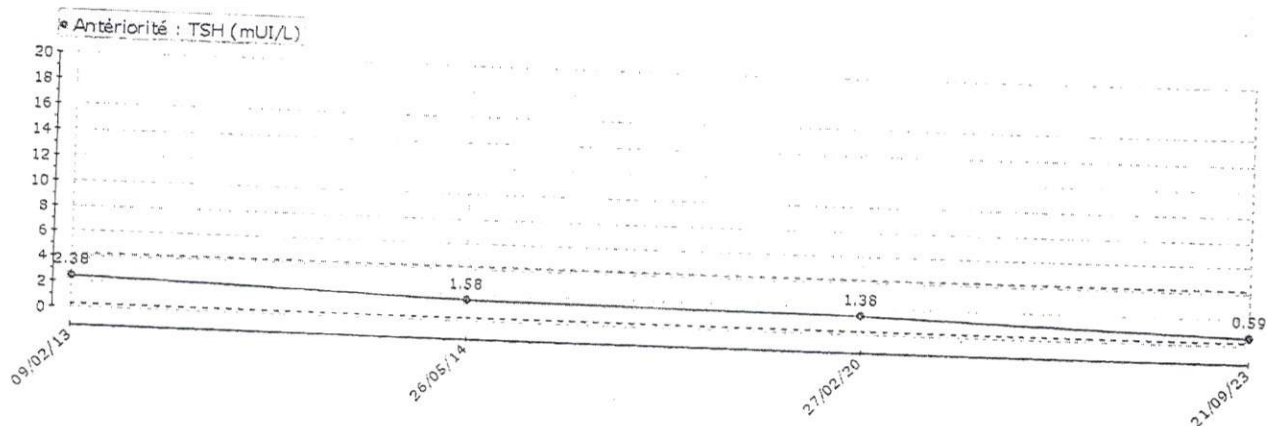
1 à 6ans : 0.70 à 5.97 mUI/L

6 à 11ans : 0.60 à 4.84 mUI/L

11 à 20 ans : 0.51 à 4.30 mUI/L

Femmes enceintes : < 2 mUI/L

NB : La TSH s'abaisse au cours des 3 premiers mois de grossesse.



2309213055 – HAOUDY EP CHEMSI Sanae

