

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-813001

204705

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04504 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL YASSI KHALID
 Date de naissance : 28-02-1963
 Adresse : HOTEL ASSIL RUE 3 N°135
 MD HANNED.A
 Tél. : 0661 167427 Total des frais engagés : 1389,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AIT SEDDIK Soaad
 Médecin généraliste
 Central Park, BD Abdelmoumen
 Imm. D, N° 45, Mohammedia
 Tél: 05 22 27 18 99
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05-01-2024
 Nom et prénom du malade : EL YASSI Rayhana Age: 14 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection digestive
 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
05/04/24	1	C1	250 DH	INT. 061163382
18/04/24	1	C1	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
	89,00
18/04/24	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08.04.24	B. 8 No	350 DH
	15.04.24	B 600	700 DH

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

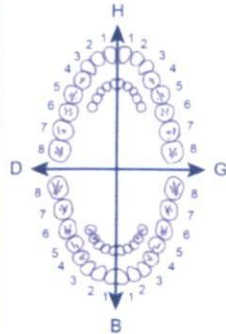
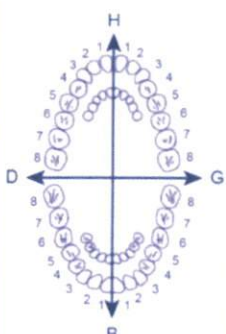
VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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 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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق

- دكتورة في الطب العام من كلية الطب و الصيدلة من جامعة الرباط
- دبلوم جامعي في التغذية و الحماية من جامعة فرساي
- دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Melle El Yasmi Rayhana

Date : 05/04/2024

Faire SVP :

1/NFS+Plaquettes

2/Ferritinémie

3/Vitamine D-Calcémie

4/Test à l'urée

Dr. AIT SEDDIK Soaad
Médecin Généraliste
Central Park, BD Abdelmoumen
Imme. D, N° 45, Mohammedia
Tél: 05 23 27 18 99

ICE : 002261665000037



061163382

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. Ouataf KECHABA
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidées 4 Mohammedia
Tél. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

La date de tous les documents émis est interchangeable.

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia
سنترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية
Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 : الهاتف



INPE: 063065395

FACTURE N° 0361/24

MOHAMMEDIA LE: 15/04/2024
Nom et prénom MLLE EL YASMI RAYHANA
Date de prélèvement 15/04/2024
Référence 23C8
Médecin prescripteur Docteur SOAAD AIT SEDDIK

Code	Acte de biologie demandé	Cotation (B)
HN	HELICOBACTER PYLORI.TEST RESPIRATOIRE UREE INFAI	600
Total du (B)		B 600
Prise de sang (PC)		0,00 DH
Montant en DH		700,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: SEPT CENT DIRHAMS

LABORATOIRE DES ORCHIDÉES
DR. OUAFA EL HABA
BIOL. CLIN. HABA
Rés. Les Orchidées
Tel. 0523 31 66 66 - 0523 103 03 60
ICE : 003093353000058

INPE: 063065395 -- TP: 39401274 -- IF: 52493213 -- ICE: 003093353000058



INPE: 063065395

FACTURE N° 0360/24

MOHAMMEDIA LE: 15/04/2024
Nom et prénom MLLE EL YASMI RAYHANA
Date de prélèvement 08/04/2024
Référence 23C8
Médecin prescripteur Docteur SOAAD AIT SEDDIK

Code	Acte de biologie demandé	Cotation (B)
B216	NFS.HEMOGRAMME	80
B154	FERRITINE SERIQUE	250
B439	VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
B104	CALCIUM SERIQUE (CALCEMIE, CA)	30
Total du (B)		B 810
Prise de sang (PC)		10,00 DH
Montant en DH		950,00 DH

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

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. Oualid K. CHAH
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidées 4 Mohammedia
Tel. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

INPE: 063065395 -- TP: 39401274 -- IF: 52493213 -- ICE: 003093353000058

1 gélule de Prazol® 20 mg par jour.

• Syndrome de Zollinger-Ellison :

La posologie initiale recommandée est de 3 gélules de Prazol® une fois par jour en une prise. Pour des posologies supérieures à 4 gélules par jour, la dose journalière devra être divisée et donnée en deux prises.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ :

• Au cours du premier trimestre de la grossesse.

• Chez la femme qui allaite.

• Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'oméprazole ou à l'un des autres composants contenus dans PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante.

• Si vous êtes allergique à un autre inhibiteur de la pompe à protons (par exemple pantoprazole, lanzoprazole, rabéprazole, ésoméprazole).

• Si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour le VIH).

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISE EN GARDE SPECIALE

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut masquer des symptômes d'autres maladies. Par conséquent, avant que vous ne commenciez à prendre PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante ou lorsque vous êtes sous traitement, vous devez informer immédiatement votre médecin si l'un des éléments suivants se produit :

• Vous perdez du poids sans raison ou si vous avez des problèmes à avaler.

• Vous avez des douleurs à l'estomac ou une indigestion.

• Vous vomissez de la nourriture ou du sang.

• 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 prenez PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante 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.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou pharmacien. PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante peut interagir sur le fonctionnement d'autres médicaments et certains médicaments peuvent avoir un effet sur PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante.

Vous ne devez pas prendre PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante si vous prenez un médicament contenant du nelfinavir (utilisé pour le VIH).

Vous devez informer votre médecin ou pharmacien si vous prenez l'un des médicaments suivants :

• Kétoconazole, itraconazole ou voriconazole; Digoxine; Diazépam; Phénytoïne; Médicaments anti-coagulants pour fluidifier le sang tel que la warfarine ou autres anti vitamines K; Rifampicine; Atazanavir; Tacrolimus; Millepertuis (*Hypericum perforatum*); Clistazol; Saquinavir; Clopidogrel.

Si votre médecin vous a prescrit les antibiotiques suivants : amoxicilline et clarithromycine avec PRAZOL® 20 mg, gélule gastro-résistante pour le traitement d'un ulcère à *Helicobacter pylori*, il est important que vous informiez votre médecin de tous les autres médicaments que vous prenez.

EFFETS NON SOUHAITES OU GENANTS

Comme tout produit actif, ce médicament peut, chez certaines personnes, entraîner des effets plus ou moins gênants : diarrhée, constipation, douleurs abdominales, nausées, vomissements, céphalées et vertiges, de même que des éruptions cutanées, des urticaires ou des prurits isolés.

CONDITIONS DE DELIVRANCE

Ce médicament est inscrit sur le tableau C (Liste II).

CONDITIONS DE CONSERVATION

Le produit doit être conservé dans son emballage d'origine à l'abri de l'humidité et à une température inférieure à 25°C.



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Prazol[®] 20mg

oméprazole

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

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Prazol [®] 20 mg :	20 mg
Oméprazole (DCI)	1 gélule
Excipients qsp	

FORME PHARMACEUTIQUE

- Gélule contenant des microgranules gastrorésistants.
- Présentation : boîte de 7, 14 et 28 gélules.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

PAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante 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.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

PAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante est utilisé pour traiter les affections suivantes :

Chez les adultes :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).
 - 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).
- PAZOL[®] 20 mg, gélule gastro-résistante peut aussi être utilisé pour la prévention des ulcères de l'estomac dus à un excès d'acide dans l'estomac dû à une maladie (comme la Zollinger-Ellison).

Chez les enfants :

Enfants âgés de plus de 12 ans :

- le reflux gastro-œsophagien (RGO).

Les symptômes chez l'enfant sont :

l'estomac (régurgitation, brûlures, douleurs).

Enfants âgés de plus de 6 ans :

- les ulcères infectés par la bactérie *Helicobacter pylori*.

Le médecin peut prescrire à votre enfant des antibiotiques.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT

- Maladie ulcéreuse gastroduodénale :

Selon le cas :

- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg matin et soir, associée à d'autres médicaments.
- Cette trithérapie sera suivie par 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.
- 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 6 semaines.
- Oesophagite par reflux gastro-œsophagien : 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.
- Traitement préventif des lésions gastroduodénales induites par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : 1 gélule de Prazol[®] 20 mg par jour pendant 4 à 8 semaines.

PPV: 89 DH 70
PER: 10/26
LOT: M4426-1

Prazol[®] 20mg
Oméprazole
28 gélules



Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق

- دكتورة في الطب العام من كلية الطب و الصيدلة من جامعة الرباط
- دبلوم جامعي في التغذية و الحمية من جامعة فرساي
- دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Melle El Yasmi Rayhana

Date : 18/04/2024

89100

1/Prazol : gélule 20 mg

1 gélule une fois par jour le soir au coucher pendant 4 semaines

Dr. AIT SEDDIK Soaad
Médecin généraliste
Central Park, BD Abdelmoumen
Imm. D, N° 45, Mohammedia
Tél: 05 23 27 18 99

ICE : 002261665000037



061163382

La date de tous les documents émis est interchangeable.

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia
سنترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية
Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 : الهاتف

Prélèvement du : 08/04/2024 à 12:24

Résultats édités le: 09/04/2024



Prescripteur: Docteur SOAAD AIT SEDDIK

MLLE EL YASMI RAYHANA

Dossier N° 23C8

DN: 13/10/2009 (14 ans)

Page: 3/3

FERRITINE SERIQUE : 20,65 ng/ml
(Technique ELFA)

Antécédent du 19/05/23 - 09:00 : 10,04 ng/ml

Interprétation

Femmes :

Avant la ménopause : 15-160 ng/ml

Après la ménopause : 25-280 ng/ml

Hommes :

30-400 ng/ml

Enfants:

A la naissance, la concentration est élevée (de 100 à 400 ng/ml) pour atteindre de 40 à 100 ng/ml en 2 à 6 mois .

chez le nourrisson de plus de 6 mois à l'enfant jusqu'à 15 ans : 15 à 100 ng/ml

Demande validée biologiquement par: DR Ouafae KECHABA

Total de pages: 3

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. OUAFAE KECHABA
BIOLOGISTE
RÉSIDENTE
Tél: 0523.31.66.66 / 05.21.03.03.60
I.C.E: 403093353000058

Prélèvement du : 08/04/2024 à 12:24

Résultats édités le: 09/04/2024



Prescripteur: Docteur SOAAD AIT SEDDIK

MLLE EL YASMI RAYHANA

Dossier N° 23C8

DN: 13/10/2009 (14 ans)

Page: 1/3

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

(Horiba-Yumizen H550)

NUMERATION SANGUINE

			Valeurs de référence	19/05/23 - 09:00
GLOBULES ROUGES.....	4,38	M/mm ³	4,0 à 5,4	4,36
HEMOGLOBINE.....	13,3	g/dL	11,5 à 16,0	13,2
HEMATOCRITE.....	38,4	%	35,0 à 47,0	39,0
VGM.....	87,6	μ ³	77 à 91	89,3
TCMH.....	30,3	pg	25,0 à 34,0	30,0
CCMH.....	34,6	g/dL	32 à 36	34,0
PLAQUETTES.....	229	10 ³ /mm ³	150 à 430	262
GLOBULES BLANCS.....	9 120	/mm ³	4 000 à 11 000	5340

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	73,2	%		
Soit	6 676	/mm ³	1 500 à 8 000	2878
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	1,2	%		
Soit	109	/mm ³	0 à 650	134
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,5	%		
Soit	46	/mm ³	0 à 200	59
LYMPHOCYTES.....	19,0	%		
Soit	1 733	/mm ³	1 200 à 6 500	1816
MONOCYTES.....	6,1	%		
Soit	556	/mm ³	200 à 1 200	454

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
DR. OUAFAE KECHABA
RÉSIDENTE OCCHIDEES
Tél : 05.23.31.66.66 / 05.21.03.03.60
I.C.E : 003093353000058

Prélèvement du : 08/04/2024 à 12:24

Résultats édités le: 09/04/2024



Prescripteur: Docteur SOAAD AIT SEDDIK

MLLE EL YASMI RAYHANA

Dossier N° 23C8

DN: 13/10/2009 (14 ans)

Page: 2/3

BIOCHIMIE SANGUINE

(Sur Automate Indiko-Thermo fisher Scientific)

CALCIUM SERIQUE	:	98,00	mg/l	86,00 à 102,00
(Colorimétrie)		2,45	mmol/l	2,15 à 2,55

Antécédent du 03/03/23 - 07:39 : 96,00 mg/l

HORMONOLOGIE

(Vidas-Biomérieux / Cobas E411-Roche)

25OH - VIT D Total (D2+D3)	:	37,7	ng/ml	30 à 100 ng/ml
(Technique ELFA)				

Antécédent du 19/05/23 - 09:00 : 15,7 ng/ml

Interprétation:

30 - 100 ng/ml : Valeur souhaitable
20 - 30 ng/ml : Statut vitaminique insuffisant
< à 20 ng/ml : Etat carentiel
Sup à 150 ng/ml : Effet toxique potentiel

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. OUAFAE KECHABA
BIOLOGISTE
RÉSIDENTE ORCHIDEES
Tél: 0523.31.66.66 / 0521.03.03.60
I.C.E : 003093353000058

Prélèvement du : 15/04/2024 à 08:01

Résultats édités le: 16/04/2024



Prescripteur: Docteur SOAAD AIT SEDDIK

MLLE EL YASMI RAYHANA

Dossier N° 23C8

DN: 13/10/2009 (14 ans)

Page: 1/1

MICROBIOLOGIE

Test respiratoire à l'urée (HP)

(Technique spectrophotométrique)

Date du prélèvement	:	15/04/2024	
Index T0	:	-26	
Index T30	:	-24,43	
Index T30-T0	:	1,57	< à 5,00
Résultat	:	Négatif	

Interprétation

Index T30-T0 \leq 5.0	:	Test négatif
Index T30-T0 $>$ 5.0 et \leq 10.0	:	Test équivoque, à confronter aux données cliniques
Index T30-T0 $>$ 10.0	:	Test Positif

Demande validée biologiquement par: DR Ouafae KECHABA

Total de pages: 1

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. OUAFAE KECHABA
BIOLOGISTE
RÉSIDENCE ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA
Tél : 0523.31.66.66 / 0521.03.03.60
I.C.E : 003093353000058