

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

- Reclamation : 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 A. 21/2 rue de la République - 20000 Nouméa - Tél : 07 77 77 77 77 - Fax : 07 77 77 77 77 - Email : contact@mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-494900

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 42 43 Société : Dhs

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 61 71 20 15 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : DERMATOSE

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 : 01 / 04 / 20 21

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAISES HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
11/08/21	C.S	2	250,00 DH	INF: 00 15 87 355
01/03/21	G	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALMI AZIZ	15/02/21	368,30
Pharmacie ALMI AZIZ	01/03/21	307,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

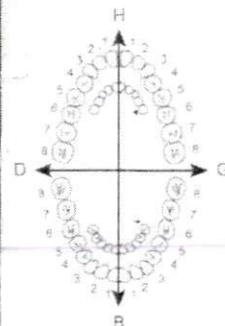
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE CENTRAL	22/02/21		850,00
LABORATOIRE CENTRAL	18/02/21		428,00

ORDONNAIRES MEDICAUX

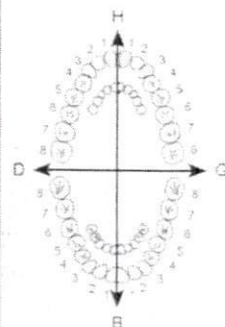
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la protection

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénérologue

Ancienne interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besançon, France

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,
Allergies, Chirurgie Dermatologique,
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميرة صابر

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتاسلية

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل والليزر من جامعة
بزنسون فرنسا

أمراض الجلد ، الشعر والأظافر - الحساسية
جراحة الجلد - طب التجميل - الليزر

Le 01/03/2021

SOUKTATI ANZWA

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F18B
EXP: 06/2022

56,30

1) D - Cime Vit D Ampul 25.000 (S/7)
1 ampoule (mois) par semaine

12000x2

2) Ferlipo cp (S/7)
1 cp 15 par semaine

307,30

3) (R) Effader Duo (+) creme
1 tube / 2 x 8 tubes (en 2 semaines)
(ne pas mixer)

4) (R) Sennibio lighter.
1 tube / 2 x 8 tubes

5) (R) Eucerin HYSEAC 10+



Samira SABER
Dermatologue - Vénérologue
Hay Azzahra
Berrechid
32 44 77

Ferlipo®

Ferliposomal

COMPOSITION

Lipofer 180 mg (soit 14 r

Lot N° : FL03

Exp : 02/2024

PPC : 125,50 DH



Dr. Boost



Ferlipo®

Ferliposomal

COMPOSITION

Lipofer 180 mg (soit 14 r

Lot N° : FL03

Exp : 02/2024

PPC : 125,50 DH



Dr. Boost



Derموال gel

Propionate de clobétasol

GlaxoSmithKline Maroc

Amr Et Aouda

Région de Rabat

PPV : 40,00 DH



Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. 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 peut 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 à votre pharmacien. N'appliquez pas le médicament si vous n'avez pas été informé par votre médecin.

Que contient cette notice ?

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

1. QU'EST-CE QUE DERMOVAL, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : corticostéroïde d'activité très forte (groupe IV) - code ATC : D07AD01

Ce médicament contient du propionate de clobétasol qui est un corticoïde local d'activité très forte, il est destiné à une application cutanée. DERMOVAL, gel est utilisé pour réduire les rougeurs et démangeaisons liées à certains problèmes du cuir chevelu tel que le psoriasis (plaques épaisses, rouges et inflammatoires, souvent recouvertes de squames brillantes) ou la dermite séborrhéique (rougeur et desquamation du cuir chevelu (pellicules)).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER DERMOVAL, gel ?

N'utilisez jamais DERMOVAL, gel dans les cas suivants :

- si vous êtes allergique à la substance active, le propionate de clobétasol ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament mentionnés dans la rubrique 6,
- en cas de lésions ulcérées,
- en cas d'acné,
- en cas de rosacée (affection de la peau, siégeant sur le visage, provoquant des rougeurs sur le nez, les joues, le menton, le front ou la totalité du visage, pouvant engendrer une dilatation des petits vaisseaux sanguins et l'apparition de boutons (papules) parfois remplis de pus (pustules),
- en cas d'infections non traitées : d'origine virale (herpès, zona, varicelle...), bactérienne (exemple : impétigo...), mycosique (dues à des champignons microscopiques) ou parasitaire...,
- chez le nourrisson (enfant âgé de moins de 2 ans),
- en cas de dermatite péri-orale (éruption et rougeur autour de la bouche).

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou à votre pharmacien si vous présentez l'un des symptômes suivants :

moins de 12 ans doit être utilisé seulement et une

MYCOSTER® 1%.

Ciclopiroxolamine

Solution
pour application cutanée



Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour votre traitement.

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.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez votre médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez un des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?
3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique
ANTIFONGIQUE A USAGE TOPIQUE.
D01AE14

Indications thérapeutiques

Ce médicament est préconisé dans le traitement des mycoses de la peau ou des ongles (affections dues aux champignons) surinfectées ou non par des bactéries.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée ?

N'utilisez jamais MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée dans les cas suivants :

- en cas d'allergies à l'un des composants du produit.
- prévenir votre médecin en cas de grossesse,
- ne pas appliquer ce médicament près des yeux,
- ne pas avaler.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Faites attention avec MYCOSTER 1 %, solution pour application cutanée :

Ne pas appliquer ce médicament près de la région oculaire.

Candidoses : il est déconseillé d'utiliser un savon à pH acide (pH favorable à la multiplication de candida).

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

Prise ou utilisation d'autres médicaments

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénérologue

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besançon, France

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,
Allergies, Chirurgie Dermatologique,
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميرة معابر
اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل و الليزر من جامعة بنسونا
فرنسا

أمراض الجلد، الشعر و الأظافر - الحساسية - جراحة الجلد
طب التجميل - الليزر

Le 15/02/2021

Soukthas AMEN

1) Preparation 0023676

13570 { Kelual emulsion = 15
4000 { Dermal gel = 15
1350 { Apocortol = 15
x 15 J
x 1 mois



149,20 2) Bariéderm fins et précis
x 1 mois



368.10
Rm



Dr. Samira SABER
Dermatologue - Vénérologue
3, Bd Mohamed V, Hay Azzahra, 2ème étage, Berrechid
Tél/Fax: 0522 33 44 77

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénérologue

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besançon, France

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,
Allergies, Chirurgie Dermatologique,
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميرة صابر

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل و الليزر من جامعة بنسونا
فرنسا

أمراض الجلد، الشعر و الأظافر - الحساسية - جراحة الجلد
طب التجميل - الليزر

Le 15/02/2021

SOUKTANI Amina

1) NFS + Sep.
2) TS HVS.
3) fenti réné
4) Vit. D3



LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Réception
1 et LE Youssef II N°12 Berrechid

Dr. Samira SABER
Dermatologue - Vénérologue
3. Bd Mohamed V, Hay Azzahra
Berrechid - 34000
Tél. : 05 22 32 44 77

3, Bd Mohamed V, Hay Azzahra, 2^{ème} étage (près de la mosquée Azzahra), Berrechid

3, شارع محمد الخامس، حي الزهراء، الطابق الثاني، (قرب مسجد الزهراء) - برشيد

E-mail : saberdermato@gmail.com - Tél./Fax : 05 22 32 44 77

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à côté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 2021-01976

Patient : Mlle SOUKTANI Amina

Edité le : 22/02/2021

Date prélèvement : 22/02/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES (NFS)	80	80,00
Ferritinémie	250	250,00
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone	250	250,00
25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450	450,00
Total B	1030	1 030,00
APB	1,0	0,00
Total de Remise effectuée		180,00
Total		850,00

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

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Réception
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid

FACTURE N° : 21002533

BERRECHID : 17/03/2021
Nom et Prénom ... : Madame Amina SOUKTANI
Prescripteur : Dr. SABER SAMIRA

Bilan :

NFS B80+, PT B30+ EPP B220+ LDH B50+

Montant Net : 428,00 Dhs

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

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr. Amina SOUKTANI
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

Dr. Samira SABER

Dermatologue - Vénérologue

Ancienne interne du CHU Ibn Rochd
Diplômée en Médecine Esthétique et Lasers
de l'Université de Besançon, France

Maladies de la peau, Cuir Chevelu, Ongles,
Allergies, Chirurgie Dermatologique,
Médecine Esthétique, Lasers



الدكتورة سميرة صابر

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتناسلية

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى ابن رشد
حاملة شهادة طب التجميل والليزر من جامعة
بزنسون فرنسا

أمراض الجلد ، الشعر والأظافر - الحساسية
جراحة الجلد - طب التجميل - الليزر

Le 01/03/2021

Soukrami Azzahra

- EPP
- LOH
- NFS e Sep

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhak Azzahra
Pharmacien biologiste

Dr. Samira SABER
Dermatologue - Vénérologue
3, Ed Mohamed V, Hay Azzahra
2ème étage, Berrechid
Tél/Fax : 05.22.32.44.77



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MÉDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Γ:Χ+Θ.Ο ΘΖΖ.Ε ΗΞ+Θ.Λ.ΗΞΗ.ΕΕΞΘΘΞΞ.

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Pvt du: 22/02/2021

Mlle SOUKTANI Amina

Edition du: 22/02/2021

Né(e) le :04/03/2004

Dossier N°: 10A03581036



Page: 1/2

HEMATOLOGIE (BC5380)

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

HEMATIES	:	4,36 M/mm ³	(4,2 - 5,7)
Hémoglobine	:	12,1 g/dL	(12,5 - 15,5)
Hématocrite	:	37,4 %	(36 - 46)
VGM	:	86 fL	(80 - 100)
TCMH	:	28 pg	(27 - 32)
CCMH	:	32 %	(30 - 35)
LEUCOCYTES	:	11390 /mm ³	(4000 - 10000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Polynucléaires Neutrophiles	:	43,8 % Soit 4989/mm ³	(2000 - 7500)
Lymphocytes	:	48,4 % Soit 5513/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	5,3 % Soit 604/mm ³	(200 - 800)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,2 % Soit 250,58/mm ³	(100 - 400)
Polynucléaires Basophiles	:	0,3 % Soit 34,17/mm ³	(Inférieur à 150)
PLAQUETTES	:	334 000 /mm ³	(150000 - 400000)
VMP	:	9,30 fl	(6,5 - 12)

LABORATOIRE SEKKAT
D'ANALYSES MÉDICALES
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Γ:Χ+Θ.Ο ΘΖΖ.Ε ΗΞ+Θ.Λ.ΗΞΗ.ΕΕΞΘΘΞΞ.

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Pvt du: 22/02/2021
Edition du : 22/02/2021
Dossier N° : 10A03581036

Mlle SOUKTANI Amina

Né(e) le : 04/03/2004



Page : 2/2

HORMONOLOGIE (ACCESS II)

Ferritinémie

(Technique : Chimiluminescence (ACCESS II))

14,50 ng/mL

Valeurs Usuelles

Antériorité

valeurs usuelles :

Nouveau né	: 50 à 400 ng/ml
1 à 2 mois	: 90 à 500 ng/ml
3 à 4 mois	: 40 à 250 ng/ml
6 mois à 16 ans	: 20 à 200 ng/ml
Homme	: 30 à 300 ng/ml
Femme < 50 ans	: 20 à 150 ng/ml
Femme ménoposée	: 15 à 200 ng/ml

TSH-us : Thyroestimuline-Hormone :

(Technique : Chimiluminescence (ACCESS II))

2,434 µUI/ml

Interprétation:

Adultes	: 0.27 - 4.9
0 - 3 jours	: 5.17 - 14.6
4 - 20 jours	: 0.43 - 16.1
2 - 12 mois	: 0.62 - 8.05
2 - 6 Ans	: 0.54 - 4.53
7 - 11 Ans	: 0.66 - 4.14

VITAMINES

25-OH Vitamine D (D2 + D3)

:

28,16 ng/mL

Valeurs Usuelles

Antériorité

Interprétation :

Carence vitaminique D : < 10 ng/mL

Insuffisance vitaminique D : 10 - 30 ng/mL

Taux normal : 30 - 80 ng/mL

Possible intoxication vitaminique D : > 150 ng/mL

LABORATOIRE SEKKAT
Dr. Mohamed SEKKAT
Lot LE Yousser N°12 Berrechid



Dr. SABER SAMIRA

Date du prélèvement : 17/03/21

Dossier édité le : 19/03/2021

Code Patient : 89766



Mme SOUKTANI Amina

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

170321 023

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

GLOBULES ROUGES	: 4,91	M/ μ l	(3,8 à 5,4)	24/09/20 : 4.19
HEMOGLOBINE	: 13,20	g/dL	(12.5 à 15.5)	24/09/20 : 11.20
HEMATOCRITE	: 39,90	%	(37 à 47)	24/09/20 : 34.40
V.G.M	: 81,26	μ 3	(82 à 98)	24/09/20 : 82.10
T.C.M.H	: 26,88	pg	(>OU= 27)	24/09/20 : 26.73
C.C.M.H	: 33,08	%	(32 à 36)	24/09/20 : 32.56
PLAQUETTES	: 459 000	/mm3	(150 000 à 400 000)	24/09/20 : 329000
GLOBULES BLANCS	: 15 100,00	/mm3	(4 000 à 10 000)	24/09/20 : 7970.00
FORMULE LEUCOCYTAIRE :				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	: 25,00	%		24/09/20 : 38.00
Soit	: 3 775,00	/mm3	(1 800 à 7 500)	
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	: 2,000	%		24/09/20 : 2.000
Soit	: 302,0	/mm3	(100 à 400)	
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	: 0,00	%		24/09/20 : 0.00
Soit	: 0,0	/mm3	(0 à 200)	
LYMPHOCYTES	: 64,00	%		24/09/20 : 52.00
Soit	: 9 664,0	/mm3	(1 000 à 4 500)	
MONOCYTES	: 9,00	%		24/09/20 : 8.00
Soit	: 1 359,0	/mm3	(2 00 à 1 000)	
TOTAL	: 100,00	%		

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

PROTIDES	: 65.6	g/l	(64 à 83)
----------	--------	-----	-------------

ENZYME

VITROS 350

Valeurs de référence

Antécédents

L.D.H	: 131	UI/l à 37°C	(125 à 220)
-------	-------	-------------	-------------



INPE 063060990

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
Dr. A. BERRECHID
Pharmacien Biologiste



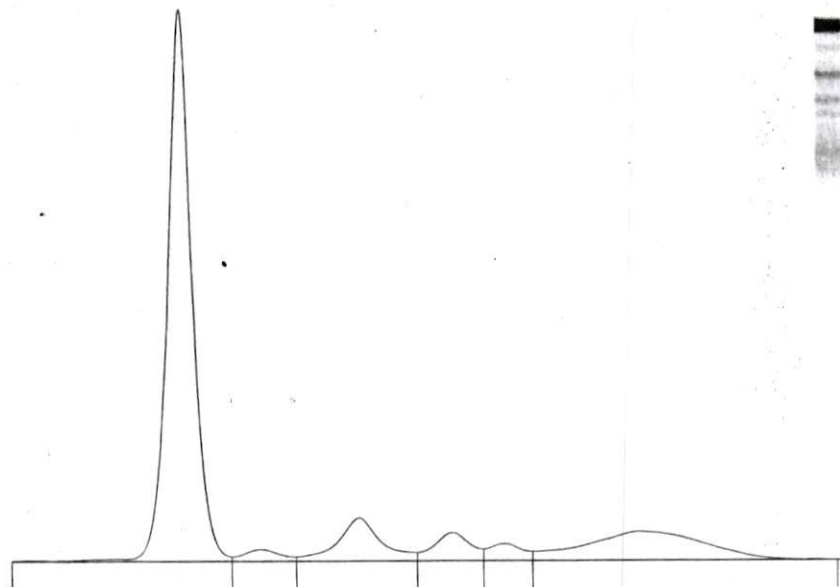
Dossier du : 17/03/2021

Réf : 242103172067

SOUKTANI Amina

Électrophorèse sur gel des protéines sériques

Réalisé sur Automate HYDRASYS 2 Scan SEBIA



Nom	%	Normales %	g/L	Normales g/L
Albumine	64,9	60,3 - 72,8	42,6	37,4 - 60,4
Alpha 1	2,0	1,0 - 2,6	1,3	0,6 - 2,1
Alpha 2	9,1	7,2 - 11,8	6,0	4,5 - 9,7
Beta 1	4,9 <	5,6 - 9,1	3,2	3,4 - 7,6
Beta 2	2,7	2,2 - 5,7	1,8	1,3 - 4,8
Gamma	16,4 >	6,2 - 15,4	10,8	3,8 - 12,8

Rapp. A/G : 1,85

P. T. : 65,6 g/L

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
Dr Abdelhakim HAWAZINE
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990