

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### Biologie 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.

### Éducation :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051027. . .

84961

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8384 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHOU NOUREDDINE

Date de naissance : 24.02.1962

Adresse : LISSASFA LOT ZOUBIR Tmn 24 APP 4 CAS

Tél. : 0664 30 9577 Total des frais engagés : 1534 + 150 + 160 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mustapha NAJI  
Omnipraticien  
Ancien Médecin  
des Hôpitaux Militaires  
Extension n° 353 - Casablanca  
Tél. 0522 65 07 04

Date de consultation : 14/09/2021

Nom et prénom du malade : Rabban Nalika 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ELKHOU



| 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 |
| 14/09/21                       |                   |                       | 150.000                         |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

**Dr Mustapha**  
Omnipraticien  
Ancien Médecin  
des Hôpitaux Militaires  
Lissaga Extension n° 353 - Casablanca  
Tél : 0522 65 07 04

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                         | Date     | Montant de la Facture |
|  | 14/09/21 | 1534,10               |

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                                          |          |                                 |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                            | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  | 14/02/21 | B130<br>IPL                     | 16001,-                   |

|                                                                |                  |
|----------------------------------------------------------------|------------------|
| <p>Cachet et signature du<br/>Laboratoire et du Radiologue</p> | <p>ANA<br/>D</p> |
|----------------------------------------------------------------|------------------|

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

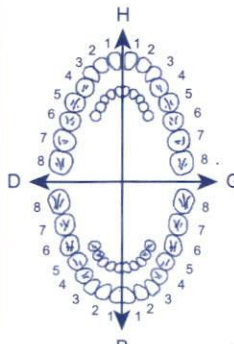
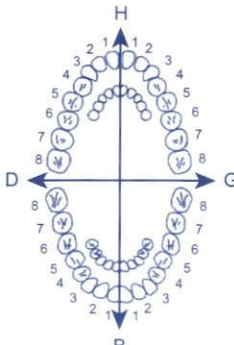
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 d

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 | Dents<br>Traitées                            | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                 | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                     |             |                            |                       |
|  | <div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div></div><div><div>G</div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div></div> |                                              |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       | <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>                                                                                                                                                     |                                              |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             | DATE DU<br>DEVIS           |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION     |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                              |                     |             |                            |                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# عيادة

طب الأطفال  
داء السكري - الكوليسترول  
ارتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب  
أمراض الغدد / عقم الزوجين / أمراض المفاصل  
الطب النفسي - أمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le :

Nom et Prénom :

559,00 x2

Noumin 300 mg

16 m

120,00 x12 m

Isval 150

6,80 x3 1 - - -

Lans Hygro 25

35,70 1 - - -

Alpry 1mg 5

0 - - - 1/2

1534,00

LUT 2024  
LAP 35,70  
PPV

Dr Mustapha NAJJI  
Ancien Médecin  
des Hôpitaux Militaires  
Extension n° 353 - Casablanca  
Lissasfa Tél 0522 65 07 04

# الدكتور الناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط  
خريج كلية الطب بالرباط  
طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط  
طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس

120,00

-- LAPROPHAN --  
PPV : 559DH00

-- LAPROPHAN --  
PPV : 559DH00

120,00

12114

120,00



**MERCK**

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس<sup>®</sup> قرص قابل للقطع**

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك.
- وصف لك هذا الدواء شخصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة.

انظر الفقرة 4

**تحتوي هذه النشرة:**

- 1 - ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 6 - محتويات العلبة و معلومات أخرى

1- ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟

**فترة الحمل.**

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.

الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية و أخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب فرط التدرق.



6 118001 102006

Levothyrox<sup>®</sup> 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

**MERCK**

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس<sup>®</sup> قرص قابل للقطع**

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك.
- وصف لك هذا الدواء شخصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة.

انظر الفقرة 4

**تحتوي هذه النشرة:**

- 1 - ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 6 - محتويات العلبة و معلومات أخرى

1- ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟

**فترة الحمل.**

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.

الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية و أخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب فرط التدرق.



6 118001 102006

Levothyrox<sup>®</sup> 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

**MERCK**

نشرة: معلومات الاستعمال

**ليفوتيروكس<sup>®</sup> قرص قابل للقطع**

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك.

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد.
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك.
- وصف لك هذا الدواء شخصيا. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر.
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدليك. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة.

انظر الفقرة 4

**تحتوي هذه النشرة:**

- 1 - ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟
- 2 - ما هي المعلومات الواجب معرفتها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 3 - ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 4 - ما هي التأثيرات غير المرغوبة المحتملة؟
- 5 - ما هي طريقة حفظ ليفوتيروكس قرص قابل للقطع؟
- 6 - محتويات العلبة و معلومات أخرى

1- ماهو ليفوتيروكس قرص قابل للقطع وما هي حالات استعماله؟

**فترة الحمل.**

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.

الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية و أخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب فرط التدرق.



6 118001 102006

Levothyrox<sup>®</sup> 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

## عيادة

طب الأطفال

داء السكري ، الكوليسترول

ارتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب

أمراض الغدد / عقم الزوجين / أمراض المفاصل

الطب النفسي - أمراض الجهاز العصبي



## الدكتور الناجي مصطفى

خريج المدرسة الملكية للصحة العسكرية بالرباط

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب عسكري سابق بالمستشفى العسكري - الرباط

طبيب سابق بالمستشفى العسكري الفرنسي - باريس

Casablanca, le : 14.09.21

Nom et Prénom : Rabbaïr Nali'Ka

G A 8

Hb A1C

LABORATOIRE CHADIA  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. J.L. KHALLOUK  
Medecin Biologiste  
355 Bd Oued Djaoua 1er Etage Lot 1  
D'Alger - Casablanca Tél: 05 22 93 33 44

Dr Mustapha NAJI  
Omnipraticien  
Ancien Médecin  
des Hôpitaux Militaires  
Lissasfa Extension n° 353 - Casablanca  
Tél: 0522 65 07 04



# Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

## مختبر الشهدية للتحليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 14/09/21

Prélèvement effectué à 10:12

Edition du : 14/09/21

Madame RABBAH MALIKA

Date de naissance : 16/03/1971

Réf. : 2111068

Page : 1/1

### Compte Rendu d'Analyses

#### BIOCHIMIE

(Roche Integra 400+)

|                                              |             | Normales    | Antériorités |
|----------------------------------------------|-------------|-------------|--------------|
|                                              |             |             | 24/06/21     |
| Glycémie à jeun -----:                       | 2,66 * g/l  | 0,7 - 1,1   | 2,77         |
| Soit :                                       | 14,8 mmol/l | 3,88 - 6,11 | 15,4         |
| (Hexokinase G6PD-H- Roche Diagnostics Cobas) |             |             |              |
| Résultat contrôlé.                           |             |             |              |
| Hémoglobine glycosylée par HPLC -----:       | 10,2 * %    | 4 - 6,4     | 10,7         |
| (Tosoh Biosciences GX-HPLC)                  |             |             |              |

LABORATOIRE CHAHDIA  
D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. J.L. KHALLOUK  
Médecin Biologiste  
349, Bd. Oued Daoura 1er Etage Lot Chahdia  
Oulfa - Casablanca Tél. 05 22 93 33 44



# LABORATOIRE CHAHDIA D'ANALYSES MEDICALES

Dr J.L. KHALLOUK/ Médecin Biologiste

349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA Oulfa CASABLANCA- TEL 0522933344, Mail: labochahdia@gmail.com  
INPE: 093062149 / ICE: 001718112000062 / IF : 18800233

Casablanca le 14 septembre 2021

Madame RABBAH MALIKA

|            |      |
|------------|------|
| FACTURE N° | 3795 |
|------------|------|

## Analyses :

|                              |   |     |               |
|------------------------------|---|-----|---------------|
| Glycémie (à jeûn) -----      | B | 30  |               |
| Hémoglobine glycosylée ----- | B | 100 | Total : B 130 |

## Prélèvements :

|           |    |     |  |
|-----------|----|-----|--|
| Sang----- | Pc | 1,5 |  |
|-----------|----|-----|--|

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 160,00 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE CHAHDIA  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. J.L. KHALLOUK  
Médecin Biologiste  
349, Bd. Oued Daoura 1er Etage, Lot Chahdia  
Oulfa - Casablanca Tel. 05 22 93 33 44

\* RAPPORT D'ANALYSE\*

LABO CHAUDIA

2021/09/14 11:39

TOSOH

V01.20

NO: 0005 TB 0001 - 05

ID: HE21I1068

CAL(N) = 1.1944X + 0.5321

| NOM         | %    | TEMPS | AIRE    |
|-------------|------|-------|---------|
| FP          | 0.0  | 0.00  | 0.00    |
| A1A         | 0.7  | 0.24  | 21.05   |
| A1B         | 1.4  | 0.33  | 46.40   |
| F           | 1.1  | 0.44  | 36.00   |
| LA1C+       | 3.4  | 0.55  | 110.55  |
| SA1C        | 10.2 | 0.69  | 259.82  |
| A0          | 85.2 | 1.03  | 2736.03 |
| AIRE TOTALE |      |       | 3209.85 |

HbA1c 10.2%

HbA1 12.3 % HbF 1.1 %  
0% 15%

