

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, la 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.



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

Declaration de Maladie

N° W21-726349

133170

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11085 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHALQUIBOUCHRA

Date de naissance : 277

Adresse : BD DERFOUFI

OUIDA

Tél : 06.16.16 67.27 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NASIRI Meryem
Médecin Résidente
Hépatogastro-Entérologie
CHU Mohammed VI - Ouida

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL AKHAL MALAK Age :

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

Nature de la maladie : Gastrique = HP

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
				INP : 10812761614
				Dr. NASIRI Meryem
				Médecin Résidente
				Hépatogastro-Entérologie
				CHU Mohammed VI - Oujda

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ORIENTALE PHARMACIE me... zha Bd. M... 0536 60 10 26	19/08/22	654,10
	19/08/22	+ 5630
		<u>710,90</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

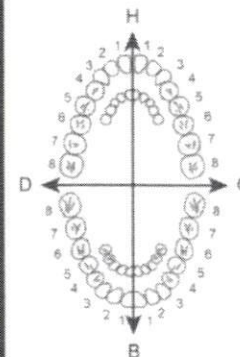
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICAL ANALYSES MEDICALES 17 Bis, AV. Nations Unies - Oujda 0536 60 10 26 - Fax: 0536 60 65 51	19/08/22	B2680	2810,000 A

AUXILIAIRES MEDICAUX

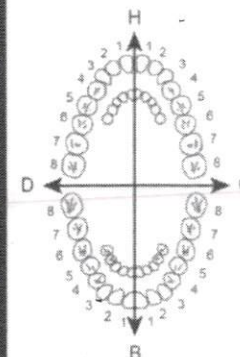
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXE

Nom du Patient : AKHEAL MALAK Date : 19/07/2022

Age : 13 ans

Poids : 50 Kgs

82,10 + 4600

1) Esac 20 mg gel

1 gel x 2x j pendant 10 jrs

5500 x 2

2) Amoxicil 4g cp

1 cp x 2x j pendant 10 jrs

2900

3) Zyndel 500 mg cp

1 cp x 2x j pendant 10 jrs

16000 x 2

4) clanl

1 cp x 2x j pendant 10 jrs

6700

5) Ultra levure sachets

1 sachet x 2x j pendant 10 jrs

65410

Ordonnance

Dr. NASIRI Mervem
Médecin Résidente
Hépatogastro-Entérologie
CHU Mohammed VI - Oujda

Dr. NASIRI Mervem
Médecin Résidente
Hépatogastro-Entérologie
CHU Mohammed VI - Oujda



ESAC[®] 20 mg
ésoméprazole

7 gélules

Microgranules
gastro-résistants



12

بروموفارم س.أ.
PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc



ESAC[®] 20 mg
ésoméprazole

إزك 20 ملغ
إيزوميبرازول

7 برشمت

صامدة للعصارة المعدية



ESAC[®] 20 mg
ésoméprazole
7 gélules
PROMOPHARM s.a.
6 118000 241874

46,00
N° 11-10
06/23
46DH00



(144x59x20)mm



12 comprimés
dispersibles
1g

amoxicilline

Amoxil

Amoxil
amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau

يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV: 55,00 DH
LOT: 648422
PER: 11/23

AMOXIL 1g



12 comprimés dispersibles



6 118000 160038



12 comprimés
dispersibles
1g

amoxicilline

Amoxil

Amoxil
amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau

يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV: 55,00 DH
LOT: 648422
PER: 11/23

AMOXIL 1g



12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

500 ملغ زيردول 20 قرصا ملففا

12/20

ZYRDOL®

Metronidazole

500 mg

20 comprimés pelliculés

Lapropharm

الوصفات - دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - احتذيرات خاصة وحذيرات
الاستعمال - اثر الدواء

POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS - MISES EN GARDE
SPECIALES ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI - Voir notice

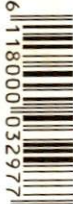
يحفظ بعيدا عن متناول ومراقبي الاطفال

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

حفظ بعيدا عن متناول ومراقبي الاطفال - 21 - بطاقة قديمة - اقل الادوية
LABORATOIRES DE PRESSIONS PHARMACEUTIQUES ORANGE EN BELGIUM 71, rue de l'Industrie - GILDEDONK - MARCK (Belgique)

ZYRDOL®

20 comprimés 500 mg



6 118000 032977

48x23x102

زيردول®

ميترونيدازول

500 ملغ

20 قرصا ملففا

للاستعمال الفموي

FORMULE:

Metronidazole 500 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Cette boîte contient 10 g de metronidazole

Excipient à effet notoire: Lactose

Voir notice pour plus d'informations

Voie orale

AMM N°48/20 DMP/21

تركيب الدواء:

ميترونيدازول 500 ملغ

المواد المساعدة 1 قرص واحد ملفف

السواقي المائية على 10 غ من الميترونيدازول

تحتوي هذه العلبة على 10 قرصا ملففا

السواقي المعروفة وتأثيره، الاكثر

اثير الشر والبريدس الميوست

عن طريق الفم

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 296DH00 EXP 08/2024
LOT 16093 2

ANTIBIOTIQUE

CLARIL® 500 mg

Clarithromycine

CLARIL® 500 mg
Boîte de 14 Comprimés

Lot N° / Date Per. :

ECLBZ1E1FA

14

Comprimés

Voie orale



GALENICA

Composition :

Clarithromycine 500 mg.
Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF



مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc



75x60x20

3

مضاد حيوي

Lot: J0893 Per: 03/24



كلاريل® 500 ملغ

كلاريثروميسين

Lot N° / Date Per. :

كلاريل® 500 ملغ
علبة من 14 قرصا



جالينيكا

عن طريق الفم

قرصا

14

يحفظ في أقل من 25 درجة مئوية

Conserver à une température inférieure à 25°C

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - الفعاري وكيفية الإستعمال
اقرأ البيان داخله

Indications - Contre-Indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.

Liste I
Uniquement surordonnance



Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

IDEMICO

ANTIBIOTIQUE

CLARIL® 500 mg

Clarithromycine

CLARIL® 500 mg
Boîte de 14 Comprimés

Lot N° / Date Per. :

ECLBZ1E1FA

14

Comprimés

Voie orale



GALENICA

Composition :

Clarithromycine 500 mg.
Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF



مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc



75x60x20

3

مضاد حيوي

Lot: J0893 Per: 03/24



كلاريل® 500 ملغ

كلاريثروميسين

Lot N° / Date Per. :

كلاريل® 500 ملغ
علبة من 14 قرصا



جالينيكا

عن طريق الفم

قرصا

14

يحفظ في أقل من 25 درجة مئوية

Conserver à une température inférieure à 25°C

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - الفعاري وكيفية الإستعمال
اقرأ البيان داخله

Indications - Contre-Indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.

Liste I
Uniquement surordonnance



Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

IDEMICO

التركيبة: ساكارومييس بولاردى - 250 ملغ - 20 كيس - "سايكيا" سلسا خاف - تكية خافى الدرك - بعضى ايتون وسعة طرية - مسحوق لستاق الدرب
 بوج اذنية السوسو في كوكا. يجب حفظ في برجة حرارة أقل من 25° - 15° (برجة تيفورا) حفظ بعيدا عن مزارع وبتشار الاطفال يجب اشارة احتياطات خاصة لدى المرضى الذين يستعملون لستاق وبتشار الاطفال بوج (لا بوج) او غير معلوم الكوكا و كوكا كيمياد وبتشار كيميادى افرا ايتون وبتشار الاطفال وبتشار الاطفال

1_03935_550178



ULTRA-LEVURE 250 mg
20 sachets

BIOCODEX
Maroc

أولترا-لوفير®

ساكارومييس بولاردى CNM I-745

أكياس
20 250 ملغ

Composition : Saccharomyces boulardii CNM I-745 250 mg - La.
Fructose - Silice colloïdale anhydre - Arôme tutti frutti.
Delivrance libre. Poudre pour suspension buvable.
Diluer la poudre dans un verre d'eau. A conserver à température ambiante (15-25° C).

A conserver hors de la portée et de la vue des enfants. Des mesures particulières concernent les patients porteurs d'un cathéter veineux central (voir la notice). Excipient à effet notoire : lactose et fructose.
Mode et voie d'administration : lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Biocodex - 1 avenue Blaise Pascal - 60000 Beauvais - France
AMM N° 410/17 DMP/21/NCF
BIOCODEX Maroc BP-126 - Technopole Nouaceur Casablanca - Maroc.
G. OUAJOU, Pharmacien Responsable

350416

ULTRA-LEVURE®
Saccharomyces boulardii CNM I-745

ULTRA-LEVURE®
Saccharomyces boulardii CNM I-745

20 Sachets
250 mg

BIOCODEX
Maroc

Lot :
مجموعة

6365

Fab :
صنع

05/21

EXP :
صالح لعدة

05/24

BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

Nom du Patient : EL AUEHAL Malak Date : 19/07/2022

Ordonnance

5630

D - Cerve 25000 UI capsule Lavable

1 capsule / 2 semaines pendant

2 mois




DR. NASIRI Maryem
Médecin Résidente
Gastro-Gastro-Enné
Mohammed VI - Oujda

L'ORIENTALE PHARMACIE
Mme CHAMI Nouzha
71, Bd. en Pharmacie
Tél: 05 37 48 27 49

PPV: 56'30 DH
LOT: 21127D
EXP: 09/2023

14

4 ampoules buvables

D-CURE® AMPOULE

Cholecalciférol 25 000 UI
Vitamine D3



SMB

Importé par : **Ergo Maroc**
Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 279/20dmp/NROd



1 .. / ..
2 .. / ..
3 .. / ..
4 .. / ..

Composition:
Cholecalciférol 25 000 UI
Excipients:
Indications:
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Usage: à l'usage des personnes âgées.
Précautions: à l'usage des personnes âgées.
A conserver :
- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 25°C.
- Hors de la portée des enfants.
- Jetez l'ampoule après utilisation.
- Ne conservez pas plus de 25 jours.
- Ne conservez pas plus de 25 jours.
- Ne conservez pas plus de 25 jours.

4 آمپولات للشرب
4 آمپولات للشرب

خولسالكيتيفرول 25 000 وحدة دولية
فيتامين D3



Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

Ergo Maroc

Fabriqué par **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-8900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE® AMPOULE



6 413800 132080



Nom du Patient : Elakhal Malik Date : 13/07/2022

Ordonnance

Faire SVP

- 1) NFS
- 2) Ferritine
- 3) Vit D, Vit B₉, Vit B₁₂
- 4) TSH_{us}, T₄
- 5) Ac anti: transaminase type Ig A
- 6) GGT, PAL, ASAT, ALAT
- 7) Urée / créat
- 8) Sérologie HP type Ig G
- 9) Albumine

LABORATOIRE AARA
ANALYSES MEDICALES
47 Bis, AV. Nations Unies - OUJDA
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 5


Dr. Siham Naji
Hépatogastro-Entérologie
INPE : 061276149

LABORATOIRE AARAB D'ANALYSES MEDICALES

47 Bis, Avenue des Nations Unies - Oujda

Tél. 05 36 68 10 26 Fax. 05 36 68 65 56 Email: laboratoire.aarab@gmail.com

INPE: 083060442 T.P: 10702807 I.F: 35805660 CNSS: 8074172 ICE: 001668138000090

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

EL AKEHAL MALAK

Prise en charge N°

NC

Prescripteur

NAJI SIHAM

FACTURE N° 122388

Facturé le : 15/07/2022

Analyses :

NUMERATION FORMULE SANGUIN-NFS

B 80

URÉE

B 30

CRÉATININE

B 30

TRANSAMINASES

B 100

GAMMA -G.T.

B 50

PHOSPHATASES ALCALINES

B 50

FERRITINE

B 250

ALBUMINÉMIE

B 60

THYREOSTIMULINE (TSH)

B 250

T4 LIBRE (FT4)

B 200

AC ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGA

B 150

SÉROLOGIE HELICOBACTER PYLORI

B 180

VITAMINE B 12

B 400

FOLATES SERIQUES

B 400

25 HYDROXY CHOLECALCIFEROL

B 450

Total analyses :

2 810,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements :

0,00 Dh

Total <>

2 680

Soit un montant total :

2 810,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE HUIT CENT DIX DIRHAMS

LABORATOIRE AARAB
ANALYSES MEDICALES
47 Bis, AV. Nations Unies - Oujda
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56

Préscripteur : NAJI SIHAM

Prélève à : :



MME/MLE EL AKEHAL MALAK

Dossier N° : 2071586363

du : 15/07/2023

Page : 2

Compte Rendu d'Analyse NC

ENZYMOLOGIE

TRANSAMINASES ASAT (TGO)	15	UI/l	(< à 40)
TRANSAMINASES ALAT (TGP)	10	UI/l	(< à 41)
GAMMA -G.T	14	UI/l	(< à 38)
PHOSPHATASES ALCALINES	124	U/l	

Valeurs usuelles :

ENF (1 - 12 ans)	: < 727 U/L
(13 - 17 ans) (F)	: < 448 U/L
(13 - 17 ans) (M)	: < 935 U/L
ADULTES	: < 258 U/L

IMMUNOCHIMIE

Protéines

FERRITINE

Electrochimiluminescence ECLIA-Roche

Valeurs usuelles en ng/ml

Adulte:

-Homme(20-60 ans): 30-400 ng/ml
-Femme(17-60 ans): 13-150 ng/ml

Enfants:

-< 3jours	: 149 - 1351	ng/ml
-3-30 jours	: 42.42 - 509.20	ng/ml
-1-12 mois	: 26.08 - 287.6	ng/ml
-1-6 ans	: 10.90 - 92.24	ng/ml
-7-12 ans	: 9.94 - 71.70	ng/ml
-13-18 ans	: 15.69 - 92.40	ng/ml
->19 ans	: 13.25 - 149.40	ng/ml

ALBUMINE

47,10 g/l
682 µmol/l

(35 à 52)
(507 - 753)

2071586363

Dr. Hamid AARAB
BIOLOGISTE
Tél: 06 67 15 20 07

Préscripteur : NAJI SIHAM

Prélevé à : :



MME/MLE EL AKEHAL MALAK

Dossier N° : 2071586363

du : 15/07/2022

Page : 3

Compte Rendu d'Analyse NC

HORMONOLOGIE

Hormonologie sanguine

THYREOSTIMULINE HYPOPHYSAIRE US 0,907 μ UI/ml (0.27 à 4.20)
TSH ULTRA SENSIBLE
(VIDAS)

THYROXINE LIBRE 17,950 pmol/l (12 à 22)
T4 LIBRE
Electrochimiluminescence ECLIA-Roche

VITAMINOLOGIE

VITAMINE B12 168,20 pg/ml (VR:191 à 663)

ACIDE FOLIQUE SERIQUE 6,58 ng/ml (VR:4.6 à 18.7)

Vitamine D-25-hydroxy-vitamine D-D2+D3

Electrochimiluminescence ECLIA-Roche

Résultat 9,59 ng/ml

Valeurs de référence :

Optimal : 20-70

Insuffisance : 10-20

Carence : Inf à 10

IMMUNOLOGIE

Sérologie bactérienne

SERODIAGNOSTIC D'Helicobacter pylori

(Vidas)

Résultat

POSITIF (ratio ; 1.45)

Interprétation

< 0.75 : Négative

0.75 - 1.0 : Equivocal

> à 1.0 : Positive

Signature
BIOLOGISTE
Tel: 06 61 15 20 07

2071586363

Préscripteur : NAJI SIHAM

Prélève à : :



MME/MLE ELAKEHAL MALAK

Dossier N° : 2071586363

du : 15/07/2022

Page : 1

Compte Rendu d'Analyse NC

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX XT 2000)

Numération érythrocytaire(Impédance et Absorbance)

Hématies	5.07	M/mm ³	(3.8 à 5.8)
Hémoglobine	14.5	g/100ml	(11.5 à 16)
Hématocrite	41.7	%	(37 à 47)
VGM	82.2	fl	(80 à 100)
TCMH	28.6	pg	(27 à 32)
CCMH	34.8	g/100ml	(30 à 35)
IDR (Ind.distr. GR)	13.6	%	(11.5 à 14.5)

Formule leucocytaire(cytométrie de flux)

LEUCOCYTES	7140	/mm ³	(4000 à 10000)
Poly..Neutrophiles	32.3	%	2306,0 /mm ³ (1800 - 7500)
Poly. Eosinophiles	1.3	%	93,0 /mm ³ (40 - 800)
Poly. Basophiles	0.4	%	29,0 /mm ³ (0 - 200)
Lymphocytes	60.8	%	4341,0 /mm ³ (1000 - 4000)
Monocytes	5.2	%	371,0 /mm ³ (200 - 1000)

Numération plaquettaire(Impédance)

Plaquettes	274000	/mm ³	(150000 à 500000)
VPM (Vol. plaq. moyen)	11.6	fl	

BIOCHIMIE

UREE	0,43 7,16	g/l mmol/l	(0,10 à 0,55) (1,67 - 9,16)
CREATININE	9,40 83	mg/l μmol/l	(6 à 12) (53 - 107)

2071586363

DR. HAMID AARAB
BIOLOGISTE
Tél: 05 36 68 15 20 07

Préscripteur : NAJI SIHAM

Prélève à : :



MME/MLE EL AKEHAL MALAK

Dossier N° : 2071586363

du : 15/07/2022

Page : 4

— Compte Rendu d'Analyse — NC

IMMUNOLOGIE

Auto-Immunité


Anticorps anti transglutaminase tissulaire humaine IgA

Résultat < 3.0 UA/ml

Interprétation :

< 12 AU/ml	: Négatif
12 à 18 AU/ml	: Equivoque douteux
> 18 AU/ml	: Positif

2071586363


Dr. Hamid Aarab
BIOLOGISTE
Tél: 06 61 15 20 07