

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-801579

166740

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3110 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAID LARBI

Date de naissance : 01.01.45

Adresse : 91 MOUTAHIDINE MONTE ARROUT (NADOR)

Tél. : +212 6 61155808 Total des frais engagés : 460,75 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : TATI Le : 21/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

1€ = 119,33 XPF

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
24/05/13	2080000	1	15245 XPF 127,75 €	INP : DR C. CHRISTOPHE M4888 RPCTE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

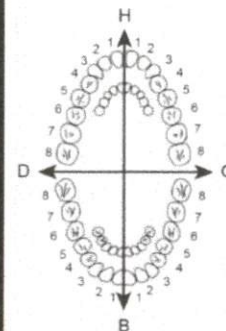
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CELAS ANNE-MARIE JAVOUHEY Laboratoire d'analyses médicales 11 rue Anne-Marie-Javouhey BP 312 - 98713 Papeete - Tahiti Tél. 40 46 04 09 - Fax 40 41 28 30 labo.amj@mail.pf	23	K5 1,8 B 4,69 BF 3,70	26 733 XPF 12 210 XPF 39 138 XPF = 333 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

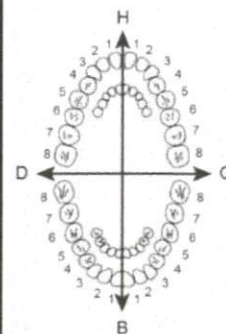
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

(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'EXECUTION



Caisse de Prévoyance Sociale
Te Fare Turuturu
Votre Protection Sociale,
Notre Métier

FEUILLE DE SOINS Médecin

FSM23

524802

N° Facture

BENEFICIAIRE DES SOINS ET ASSURE(E)

BENEFICIAIRE DES SOINS (les lignes «nom» et «prénom» sont obligatoirement remplies par le médecin)

Nom **ZAI** Prénom **LARI**

DN Né(e) le **01/01/1945**

ASSURE (E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré)

Nom Prénom

DN Né(e) le **JJ/MM/AAAA**

A remplir impérativement en cas de déplacement à domicile

Adresse PK C/mont C/mer

S'IL S'AGIT DE BLESSURES CAUSEES PAR UN TIERS RESPONSABLE

Identité du responsable Date des faits **JJ/MM/AAAA**

☐ Circulation ☐ Agression ☐ Morsure d'animal ☐ Activité sportive ☐ Autre | Plainte déposée ☐ Oui ☐ Non

MEDECIN (A remplir par le médecin)

Identification du médecin ou de l'établissement

Code médecin obligatoire

Si les soins sont dispensés par un médecin salarié dans un centre de soins (cachet de ce centre)

SELAS ANNE-MARIE JAVOUHEY
Laboratoire d'analyses médicales
11 rue Anne-Marie-Javouhey
BP 312 - 98713 Papeete - Tahiti
Tél. 40 46 04 09 - Fax 40 41 28 30
labo.amj@mail.pf

M

☐ Médecin remplaçant

Accord préalable n°

Parcours de soins ☐ Oui ☐ Non

Indiquer le code du médecin traitant ou correspondant qui oriente le patient Date de prescription **JJ/MM/AAAA**

CONDITION DE PRISE EN CHARGE AUTRE QUE LE MALADE (A remplir par le médecin)

☐ LM N°panier soins/PCM ☐ Maternité Date présumée d'accouchement **JJ/MM/AAAA**
☐ Hors résidence habituelle ☐ CCP ☐ URGENCE ☐ Accès direct spécifique N° FTS ☐ Autres dérogations

PRESTATION DES ACTES (À remplir par le médecin)

Date des actes	Code des actes CPAM uniquement	Activités	Actes NGAP (C,CS,CSC, CNPSY, V,VS,VNPSY, K, P, MN, MD...) ou Tarification CPAM		Montant des honoraires facturés 1	Dépas sement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
			Modificateur	Association/RC			IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
23 05 23	1K 1,50				795				
23 05 23	B 469,80				26 733				
23 05 23	Bf 370,80				12 210				
J J / M M / A A									

MONTANT TOTAL (1+2+3) **39 738**
= **333 €**

*Signature du
praticien attestant
exécution des actes

333 €

1€ = 119,33 XPF

FACTURATION EN TIERS PAYANT (À remplir par le médecin)

*Signature OBLIGATOIRE de l'assuré
attestant l'exécution des soins

Montant
payé par l'assuré

Montant
du tiers payant

Signature du praticien demandant le règlement
en tiers payant à la CPS

ASSURÉ

MÉDECIN

COMMENT REMPLIR LA FEUILLE DE SOINS ?

DANS LA RUBRIQUE BENEFICIAIRE DES SOINS - ASSURE :

- Le médecin doit impérativement inscrire le nom et prénom du bénéficiaire des soins afin de l'identifier.
- L'assuré doit compléter l'ensemble des autres informations (DN, date de naissance).
- Si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré (enfants / personne à charge), ce dernier indique son nom, prénom, DN et sa date de naissance, dans la partie "Assuré(e)".
- En cas de déplacement du praticien au domicile, l'assuré doit indiquer son adresse géographique ainsi que son numéro de téléphone (exemple : pour un assuré résident à Papeete : PK=0.... Papeete).
- S'il s'agit de blessures causées par un tiers, l'assuré complète la rubrique prévue à cet effet.

DANS LA RUBRIQUE MEDECIN :

- Le médecin appose son tampon d'identification et indique son code praticien. Si c'est un remplaçant, il coche la case « médecin remplaçant ».
- A la rubrique conditions de prise en charge, le médecin renseigne la ou les case(s) correspondante(s) à l'affection autre que « maladie ».
- En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, le médecin devra utiliser la feuille de soins spécifique à ce régime délivrée par l'employeur, la présente feuille de soins ne sera pas utilisée.

* Pour un remboursement à l'assuré :

- La signature de l'assuré et celle du médecin est requise pour attester la réalisation et le paiement de l'acte.
- le montant unitaire et le montant total des actes seront obligatoirement indiqués.
- Le médecin ne doit ni remplir ni signer la partie facturation en tiers-payant.

Pour une facturation en tiers-payant :

- L'assuré et le médecin attestent par leur signature la réalisation de l'acte et le paiement du ticket modérateur, sauf exonération.
- Le montant unitaire et le montant total des actes seront obligatoirement indiqués.
- Le médecin doit impérativement remplir les 3 cases de la rubrique « facturation en tiers-payant »:
- La feuille de soins peut être envoyée par courrier ou déposée dans les boîtes aux lettres mises à disposition à l'entrée du siège social de Mama'o ainsi que dans toutes les antennes de la caisse.
- L'assuré doit informer la CPS de tout changement dans sa situation : adresse géographique et/ou postale, situation familiale (mariage, divorce, certificat de concubinage, enfants, ...), activité professionnelle (licenciement simple ou économique, travail à l'étranger, ...), compte bancaire ou postal (banque, agence bancaire, intitulé de compte, ...).
- Pour cela, un formulaire est disponible sur le site internet à l'adresse www.cps.pf ou à l'accueil du siège et dans les antennes.

À compter de la date des soins, vous disposez d'un délai maximum d'un an pour bénéficier du remboursement ou du tiers payant

NĀFEA I TE FA'A'I I TE PARAU MA'I

I TE TŪHA'A «TA'ATA I FĀNA'O I TE RAPA'AURA'A - TE TI'A PĀRURUHIA»

- Tītauhia te taote ia tāpa'o i te i'oa o te ta'ata fāna'o i te rapa'aura'a.
- Nā te ta'ata i pāruhia e fa'a'i atu i te toe'a o te parau i anihia (DN, mahana fanaura'a).
- Mai te peu noa atu ē, te mau ta'ata i hāfāna'ohia te pāruhia a tei rapa'auhia (tamari'i / te tahi mau ta'ata), tītau-ato'a-hia te ta'ata pāru e fa'a'i i tāna tūha'a (i'oa, DN, mahana fanaura'a).
- Mai te peu noa atu ē, 'ua tere atu te taote i tō 'oe fare nō te rapa'aura'a, tītauhia 'oe, te ta'ata i pāruhia, 'ia pāpa'i mai i te vāhi nohōra'a 'e te nūmera niuniu.
- Mai te peu ē, e pepē i fa'atupuhia e te tahi atu ta'ata, a fa'a'i-ato'a-atu te tūha'a i fa'ata'ahia nō te reira.

I TE TUHA'A A TE TAOTE :

- E tāumi atu te taote i tāna tītiro, tāpa'o ha'apāpūra'a i tōna io'a tae noa atu i tāna nūmera taote.
- I te tūha'a, mau tītaura'a nō te amōra'a i te mau ha'amāu'ara'a, nā te taote ia te reira e fa'a'i atu.
- Mai te peu ē, e 'ati 'ohipa, tītauhia te taote e fa'a'i i te tahi parau ta'a'ē e mauhia ra e te fatu 'ohipa, eiaha ra teie.

*Nō te fa'aho'ira'a i te moni pau a te ta'ata i pāruhia :

- Tītauhia nā tu'urimara'a e piti : taote 'e ta'ata pāruhia. Tāpa'o i te 'ohipa i ravehia.
- 'Ia ha'apāpūhia te tārifā tae noa atu i te faito moni i ha'amāu'ahia.

*E tarima te taote e te ta'ata paruhia teie api parau ma'i, no te ha'a papu ra'a i te hi'opo'ara'a i ravehia, e te tino moni i aufauhia.

- E tano e hāpono mai i teie nei parau aore rā pāti'a atu i roto i te 'āfata rata i fa'ata'ahia i te vāhi tomōra'a i te Fare Turuūta'a nō Mamao, aore ra i roto i te mau pū 'ohipara'a a te Fare Turuūta'a.

- Tītauhia te ta'ata i pāruhia 'ia fa'aāra i te Fare Turuūta'a i te mau tauira'a ato'a e tupu mai : vāhi nohōra'a, 'āfata rata, ti'ara'a 'utuāfare (fa'aipoipohia, fa'ata'ahia, parau 'apipitira'a, ti'ara'a o te mau tamari'i, ...), tā 'outou 'ohipa (ti'avaruhia, 'ohipa i te ara, ...), tā 'outou nūmera 'āfata moni.

- I ni'a i teie nei tumu parau, tē vai ra te tahi parau arata'ira'a i ni'a i te tahua natireva www.cps.pf aore rā i roto i tāna mau pū 'ohipa ato'a.

Mai te taima a rapa'auhia ai 'outou, hō'ē matahiti te maoro e mana ai te parau fa'aho'ira'a moni pau.

Dr David DANAN

Hepato-Gastro-Entérologue
Maladies bilio-pancréatiques
Endoscopie digestive avancée
Proctologie

M3721

RPPS 10100974798

Secrétariat médical : Mlle Terai TERIETIA

40 46 04 17

secretariat.drdanan@gmail.com

Prise de RDV en ligne sur www.doctofenua.pf

Monsieur ZAID Larbi (Pas de CPS)

Né(e) le: 01/01/1945

DN: 9 12 50 78

Papeete, le 22/05/2023

Faire une prise de sang à jeun :

HbA1c

bilan lipidique

NFP

ionogramme sanguin

creatinine

TSH

Sérologie VHB

Sérologie VHC

dosage pondéral des immunoglobulines

IgA anti transglutaminases

Facteurs anti nucléaires

Anticorps anti tissus (anti LKM1, anti muscles lisse, anti M2, anti liver cytosol, anti gp210)

alpha 1 antri trypsine

ZAID LARBI
JF:
D.N : 01.01.1945
Le 2.009 du 23.05.2023 08.20
Enr: MAUD

MO.2.009

Dr David DANAN
Hépatogastro-Entérologue
CLINIQUE CARDELLA
M3721



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ANNE-MARIE JAVOUHEY KIKIPA

Centre commercial KIKIPA Maharepa MOOREA BP 312 98713 PAPEETE

☎ (689)40 56 20 8 ☎ (689)40 41 28 30

Dr GUILLAUD-SAUMUR T.
Pharmacien Biologiste

Dr BOYER Fanny
Pharmacien Biologiste

Dr SAUGET Anne-Sophie
Médecin Biologiste M2075

Dr HOANG-OPPERMANN V.
Pharmacien Biologiste

Dr MARZOLLA Pauline
Pharmacien Biologiste

FACTURE : 093994 du 23.05.2023 EXTERNE

M. ZAID LARBI

Né(e) le 01.01.1945

DN/C.P.S.

Assurance

Exonération

Prescrit par **DR DANAN DAVID**
M3721

Le 22.05.2023

Dossier 2009 -23.05.2023

Examens

0592	CREATININE	7	0996	PRF LIPIDIQUE	30
1104	NUM + PLAQUETTE	31	1208	TSH	32
1385	IGG IGA IGM	66	1453	AC ANTI NUCLEAI	40
1465	AC ANTI CYTOSOL	80	1465	AC ANTI-LKM	80
1466	AC. ANTI MUSC L	40	1473	AC GP210 IgG	70
1577	HEM. A1C (HBT)	34	1609	NA K (Cl)	15
1807	ALPHA 1 ANT TRY	30	1828	AC TRANSGLUTA A	60
3784	HEPATITE C	55	4500	depist HEP B	150
9005	FORF.PREANALYT.	14	9105	FORFAIT SANG	5

Libellé	Qté	Coef	Prix	Total	Organisme	Patient
KB	1	1,50	530	795		100 % 795
"B"	1	469,00	57	26733		100 % 26733
"BF"	1	370,00	33	12210		100 % 12210
Total					Organisme	Patient
					(FCP)	39738 (FCP)
A Payer, la somme de					(FCP)	39738 (FCP)

Tampon et Signature
SELAS ANNE-MARIE JAVOUHEY
Laboratoire d'analyses médicales
11, rue Anne-Marie Javouhey
BP 312 Papeete - TAHITI
Tél.46 04 09 - Fax.41 28 30

Signature Assuré

1€=119,33 XPF

333€

6

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
ANNE-MARIE JAVOUHEY
KIKIPA

Centre commercial KIKIPA Maharepa MOOREA BP 312 98713 PAPEETE

☎ (689)40 56 20 88 📠 (689)40 41 28 30

Dr GUILLAUD-SAUMUR T.
Pharmacien Biologiste

Dr BOYER Fanny
Pharmacien Biologiste

Dr SAUGET Anne-Sophie
Médecin Biologiste M2075

Dr HOANG-OPPERMANN V.
Pharmacien Biologiste

Dr MARZOLLA Pauline
Pharmacien Biologiste

FACTURE : 093994

M. ZAID LARBI

Né(e) le 01.01.1945

DN/C.P.S.

Assurance

Exonération

Prescrit par DR DANAN DAVID
M3721

Le 22.05.2023

M. ZAID LARBI

BP

00000

Dossier 2009 -23.05.2023

Examens prescrits réalisés :

0592	CREATININE	7	0996	PRF LIPIDIQUE	30
1104	NUM + PLAQUETTE	31	1208	TSH	32
1385	IGG IGA IGM	66	1453	AC ANTI NUCLEAI	40
1465	AC ANTI CYTOSOL	80	1465	AC ANTI-LKM	80
1466	AC. ANTI MUSC L	40	1473	AC GP210 IgG	70
1577	HEM. A1C (HBT)	34	1609	NA K (Cl)	15
1807	ALPHA 1 ANT TRY	30	1828	AC TRANSGLUTA A	60
3784	HEPATITE C	55	4500	depist HEP B	150
9005	FORF.PREANALYT.	14	9105	FORFAIT SANG	5

Libellé	Qté	Prix	Total	Organisme	Patient
KB 1,50	1	530	795		100 % 795
"B" 469,00	1	57	26733		100 % 26733
"BF" 370,00	1	33	12210		100 % 12210

Facture arrêtée à la somme de : 39738 (FCP)

Pour tout règlement adresser vos chèques au Laboratoire,
libellés au nom de la SELAS Anne Marie JAVOUHEY,
par voie postale (adresse ci-dessous) ou virement sur le compte :
Ou directement au Laboratoire KIKIPA Ctr KIKIPA après la
Pharmacie de MAHAREPA à côté de Mr. Friedman ouvert de 6h30 à 13h30

SELAS ANNE-MARIE JAVOUHEY
Laboratoire d'analyses médicales
11, rue Anne-Marie-Javouhey
BP 312 - 98713 Papeete - Tahiti
Tél. 46 04 09 - Fax 40 41 28 30
labo@mail.pf

Tampon et Signature
SELAS ANNE-MARIE JAVOUHEY
Laboratoire d'analyses médicales
11, rue Anne-Marie Javouhey
BP 312 Papeete - TAHITI
Tél.46 04 09 - Fax.41 28 30

Acquittée
le 23.5.23
333 €



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ANNE-MARIE JAVOUHEY KIKIPA

Centre commercial KIKIPA Maharepa MOOREA BP 312 98713 PAPEETE

☎ (689)40 56 20 88 📠 (689)40 41 28 30

Dr GUILLAUD-SAUMUR T.
Pharmacien Biologiste

Dr BOYER Fanny
Pharmacien Biologiste

Dr SAUGET Anne-Sophie
Médecin Biologiste M2075

Dr HOANG-OPPERMANN V.
Pharmacien Biologiste

Dr MARZOLLA Pauline
Pharmacien Biologiste

RECU : 093994 du 23.05.2023

M. ZAID LARBI

Né(e) le 01.01.1945

DN/C.P.S.

Assurance

Exonération

Prescrit par DR DANAN DAVID
M3721

Le 22.05.2023

M. ZAID LARBI

BP

00000

Dossier 2009 -23.05.2023

Examens

0592	CREATININE	7	0996	PRF LIPIDIQUE	30
1104	NUM + PLAQUETTE	31	1208	TSH	32
1385	IGG IGA IGM	66	1453	AC ANTI NUCLEAI	40
1465	AC ANTI CYTOSOL	80	1465	AC ANTI-LKM	80
1466	AC. ANTI MUSC L	40	1473	AC GP210 IgG	70
1577	HEM. A1C (HBT)	34	1609	NA K (Cl)	15
1807	ALPHA 1 ANT TRY	30	1828	AC TRANSGLUTA A	60
3784	HEPATITE C	55	4500	depist HEP B	150
9005	FORF.PREANALYT.	14	9105	FORFAIT SANG	5

Libellé	Qté	Prix	Total	Organisme	Patient
KB 1,50	1	530	795		100 % 795
"B" 469,00	1	57	26733		100 % 26733
"BF" 370,00	1	33	12210		100 % 12210

Total 39738 (FCP)

Payé ce jour, la somme de 39738 (FCP)

333 ₣

Tampon et Signature
SELAS ANNE-MARIE JAVOUHEY
Laboratoire d'analyses médicales
11, rue Anne-Marie Javouhey
BP 312 Papeete - TAHITI
Tél.46 04 09 - Fax.41 28 30



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES KIKIPA

SELAS AU Capital DE 85 000 000 CFP

Centre Commercial KIKIPA Maharepa MOOREA BP 312 98713 PAPEETE

Tel (689)40 56 20 8 Fax (689)40 56 20 91

Dr GUILLAUD-SAUMUR T.

Pharmacien Biologiste

Dr BOYER Fanny

Pharmacien Biologiste

Dr SAUGET Anne-Sophie

Médecin Biologiste M2075

Dr HOANG-OPPERMANN V.

Pharmacien Biologiste

Dr MARZOLLA Pauline

Pharmacien Biologiste

Compte-rendu d'examens biologiques de:

Monsieur ZAID LARBI

Né(e) le **01.01.1945**

Dr DANAN DAVID

GASTROE CARDELLA

BP 295

98713 PAPEETE

Dossier **2009 - 23.05.2023** Prélevé le 23.05.2023 à 08:20

Enregistré le 23.05.2023 à 08:20

Edition n° 00 du 23.05.2023 à 11:43

Prescrit par Dr DANAN DAVID

HEMATOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

Examens ci-dessous réalisés le 23.05.2023, validés le 23.05.2023

NUMERATION FORMULE SANGUINE

SYMEX / Cytométrie de flux

LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

Hématies	5,16	M ³ /mm ³	4,40 à 5,60	5,21 Le 19.05.2023
Hémoglobine	15,4	g/dL	13,0 à 17,0	15,2
Hématocrite	46,1	%	40,0 à 54,0	45,8
V.G.M	89,3	μ ³	84,0 à 100,0	87,9
T.C.M.H	29,8	pg	27,0 à 32,0	29,2
C.C.M.H	33,4	g/dL	32,0 à 36,0	33,2

LIGNEE LEUCOCYTAIRE

Leucocytes totaux	5 000	/mm ³	4000 à 10000	5.400
Neutrophiles	63,1	% soit 3 155	/mm ³	1500 à 7000 3.451
Eosinophiles	3,0	% soit 150	/mm ³	100 à 600 162
Basophiles	0,2	% soit 10	/mm ³	0 à 100 70
Lymphocytes	27,4	% soit 1 370	/mm ³	1500 à 4000 1.409
Monocytes	6,3	% soit 315	/mm ³	200 à 1000 308

NUMERATION PLAQUETTAIRE

SYMEX / Cytométrie de flux

180 000	/mm ³	150000 à 400000	208.000
----------------	------------------	-----------------	---------



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES KIKIPA

SELAS AU Capital DE 85 000 000 CFP

Centre Commercial KIKIPA Maharepa MOOREA BP 312 98713 PAPEETE

Tél (689) 56 20 88 Fax (689) 56 20 91

Dr GUILLAUD-SAUMUR T.

Pharmacien Biologiste

Dr BOYER Finny

Pharmacien Biologiste

Dr SAUGET Anne-Sophie

Médecin Biologiste M2075

Dr HOANG-OPPERMANN V.

Pharmacien Biologiste

Dr MARZOLLA Pauline

Pharmacien Biologiste

Compte-rendu d'examens biologiques de:

Monsieur ZAID LARBI

Né(e) le **01.01.1945**

Dossier **2009 - 23.05.2023** Prélevé le 23.05.2023 à 08:20

Enregistré le 23.05.2023 à 08:20

Edition n° 00 du 23.05.2023 à 11:43

Prescrit par Dr DANAN DAVID

EXAMENS TRANSMIS

Examen transmis dans un autre Laboratoire

Examens ci-dessous réalisés le 23.05.2023, validés le 23.05.2023

ANTICORPS ANTI-NUCLEAIRES DEPISTAGE	Analyse envoyée au laboratoire Pasteur-Cerba
ANTICORPS ANTI-MITOCHONDRIES	Analyse envoyée au laboratoire Pasteur-Cerba
ANTICORPS ANTI-MUSCLE LISSE	Analyse envoyée au laboratoire Pasteur-Cerba
AC ANTI-TRANSGLUTAMINASE IGA	Analyse envoyée au laboratoire Pasteur-Cerba
AC ANTI-GP210	Analyse envoyée au laboratoire Pasteur-Cerba
ANTICORPS ANTI CYTOSOL : LCA1	Analyse envoyée au laboratoire Pasteur-Cerba
AC ANTI-LKM	Analyse envoyée au laboratoire Pasteur-Cerba

** Fin de compte rendu **

T.GUILLAUD-SAUMUR

Biologiste