

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-797997

169091

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **TAOUZI - AHMED**

Date de naissance : **12 - 9 - 1912**

Adresse : **M, RUE IBRAHIM - TANGER**

Tél. : **06 65 23 12 33**

Total des frais engagés : **1249,10** 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 : **TANGER** Le : **15 / 7 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

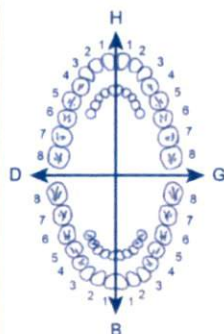
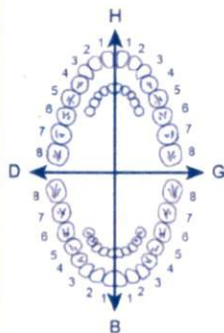
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | (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



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب :
Le : 19/05/2023 : بتاريخ :

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation 192135518 رقم التسجيل
Règlements de la période : من :
du : 19/05/2023 : إلى :
au : 19/05/2023 : إلى :

المُرسل إليه Destinataire
OURIAGHLI AMINA

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des
prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la
période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي
استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

| رقم الملف | تاريخ العلاج | العمليات | مهنيو الصحة | مبلغ المصاريف | التعريفية المرجعية | المعامل | الكمية | أساس التعويض | نسبة التعويض | تاريخ إرسال الاداء | مبلغ التعويض |
|---|------------------|----------|------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|----------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Numéro de dossier | Date de soins | Actes | Prestataires de soins | Montant de la dépense | Tarif de référence | Coeff. | Quantité | Base de rembour- -sement | Taux de rembour- -ement % | Date d'envoi du paiement | Montant remboursé |
| OURIAGHLI AMINA | | | | | | | | | | | |
| 118674618 | 03/03/2023 | B | LABORATOIRES D | 850,00 | 858,00 | 780,00 | 1,00 | 858,00 | 70,00 | 19/05/2023 | 595,00 |
| 118674618 | 03/03/2023 | CS | ANALYSES MEDECINE INTERNE | 300,00 | 150,00 | 1,00 | 1,00 | 150,00 | 70,00 | 19/05/2023 | 105,00 |
| Total remboursé مجموع مبلغ التعويض | | | | | | | | | | | 700,00 |
| Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي | | | | | | | | | | | 700,00 |

- Sauf erreur ou omission

- ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



إفادة بالاستلام
ACCUSE DE RECEPTION



Réf : 610-2-102 : مرجع رقم

Code agence : 702214 : رمز الوكالة

Numéro dossier



118674618

رقم الملف

Informations sur l'assuré

Nom et prénom
N° d'immatriculation
Nom et prénom du bénéficiaire

OURIAGHLI AMINA
192135518
OURIAGHLI AMINA

معلومات عن المؤمن له

الاسم العائلي والشخصي
رقم التسجيل
الاسم العائلي والشخصي للمستفيد

Informations sur le dossier

Type dossier
Date/heure de dépôt
Date de soin
Montant des frais de soins

DOSSIER DE REMBOURSEMENT
10/03/2023 10:06
2023-03-03
1249 DHS

معلومات عن الملف

نوع الملف
تاريخ وقت الإيداع
تاريخ العلاج
مبلغ تكاليف العلاج

Madame, Monsieur,

Nous avons bien reçu votre dossier. Nous vous informons qu'il sera transmis aux services de la CNSS pour traitement.

سيدتي، سيدي،
لقد توصلنا بملفكم. نخبركم أنه سيتم إحالته على مصالح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل معالجته.

Dans le cadre de la généralisation de la couverture sociale et médicale aux travailleurs non salariés (TNS), la CNSS collecte vos données personnelles en vue de vous faire bénéficier de cette couverture. Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation provisoire auprès de la CNDP sous le numéro: A-PO-ECO-199/2021. Les données personnelles collectées peuvent être transmises à votre organisme de liaison et aux administrations et partenaires conformément à la demande d'autorisation précitée.

في إطار تعميم التغطية الاجتماعية و الصحية لفائدة العمال غير الأجراء يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتجميع معطياتكم الشخصية اللازمة لتسييركم من هذه التغطية. معالجة معطياتكم كانت موضوع ترخيص مؤقت من قبل اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي تحت رقم A-PO-ECO-199/2021. يمكن أن ترسل معطياتكم الشخصية المجمعة من قبل الصندوق، إلى هيئة الاتصال التي تنتمون إليها وإلى الإدارات و الشركاء، وفقا لطلب الترخيص مبالغ الذكر.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez :

- Adresser votre demande à la boîte email : reclamation.pdcp@cnss.ma ;
- Prendre attache avec les agents d'accueil au niveau des agences CNSS ou les télé-conseillers du Centre d'appel Allo Daman aux numéros suivants : 0802033333 ou 0802007200

لممارسة حقوقكم في الولوج والتصحيح والتعرض، وفقا لمقتضيات القانون 09-08، يمكنكم توجيه طلبكم إلى البريد الإلكتروني: reclamation.pdcp@cnss.ma أو ربط الاتصال بمركز الاتصال "ألو ضمان" التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على الأرقام التالية: 0802033333 أو 0802007200

للتعرف على حقوقكم في مجال حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، يمكنكم الاطلاع على الدليل العملي لممارسة الحقوق فيما يتعلق بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، الذي تم نشره من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على مستوى الموقع الإلكتروني www.macnss.ma

Pour connaître vos droits en matière de protection des données à caractère personnel, vous pouvez consulter le mode opératoire relatif à l'exercice des droits en matière de protection des données à caractère personnel, mis en ligne par la CNSS au niveau du site www.macnss.ma

Pour plus d'informations et pour le suivi de traitement de votre dossier :

- Veuillez visiter notre site Web
- ou le portail des assurés
- ou l'application mobile
- ou contacter notre centre d'appel aux numéros

www.cnss.ma

www.macnss.ma

Ma CNSS

05 20 19 40 40

للمزيد من المعلومات ولتتبع معالجة ملفكم :

- يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
- أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
- أو تطبيق الهاتف
- أو الاتصال بمركز الاتصال على الأرقام

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو إهمال

Instructions à suivre

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable.

La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلية بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

| | |
|--|---|
| توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence | خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO |
| Identification de l'agent : | تاريخ الاستلام: 11/03/2023 |
| Date de dépôt du dossier: 11/03/2023 | Date d'arrivée: 11/03/2023 |

| | | |
|--|--|--|
|  ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie | | مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02 |
| * موافقة مسبقة * Entente préalable * | | * تنفيذ * Exécution * |
| N° Dossier : | | |
| Partie réservée à l'assuré(e) | | |
| Nom et prénom : DURIAHLI Amina | | |
| N° Immatriculation : 111211315518 | | |
| N° CIN : 1116254111 | | |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : | | |
| Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Entant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/> | | |
| Adresse : 11 RUE IBRAHIM - TANGER | | |
| Montant des frais : 1249,00 Dhs | | |
| Nombre de pièces jointes : 5 | | |
| Déclaration du médecin traitant | | |
| Bénéficiaire de soins | | |
| Nom et prénom : DURIAHLI Amina | | |
| Date de naissance : 20/09/1998 | | |
| N° CIN : 1116254111 | | |
| Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> أنثى | | |
| INPE et code à barres ** | | |
| Médecin traitant الطبيب المعالج | | Etablissement de soins المؤسسة العلاجية |
| Type de soins* | | |
| Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادث <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض | | |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant Fait à : TANGER Le : 10/03/2023 | | Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : 03 MARS 2023 Le : |
| توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e) | | توقيع طبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins |
| * Cocher la mention utile pour chaque case ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres | | * Cocher la mention utile pour chaque case ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres |

Docteur CHAOUCH saad

Specialiste en Médecine Interne

47, Av. hassan II, Im. Miramonte N° 20

TANGER

Tél.: 05 39 33 46 75

الدكتور الشاوش سعد

إختصاصي في الطب الباطني

47, شارع الحسن الثاني عمارة مرامونط

الطابق الأرضي رقم 20 - طنجة

الهاتف : 05 39 33 46 75

INP : 161132592

03/03/2023

OURIAGHLI AMINA

C 176

- TP
- electrophorese de protide
- Glycémie à jeun
- Ferritine
- sang selle test immunologique
- NFS-Plaquettes
- VS
- CRP

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Y. SEKKAY
60 Av. Omar Ibn Al-Khattab - Tanger
Tél: 05 39 32 22 59 Fax: 05 39 32 25 90
INP: 161132592

Dr. CHAOUCH Saad
Spécialiste en Médecine Interne
47. Av Hassan II, Im. Miramonte N°20
TANGER
Tel.: 05 39 33 46 75

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MEDI - LAB

Docteur Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

60, avenue Ibn Al Khattab - TANGER

INPE : 163000367



Tanger le 4 mars 2023

Mme OURIAGHLI AMINA

AMO

| | |
|------------|--------|
| FACTURE N° | 152038 |
|------------|--------|

Analyses :

| | | | |
|---|---|-----|---------------|
| Numération formule sanguine ----- | B | 80 | |
| Vitesse de sédimentation ----- | B | 30 | |
| Taux de Prothrombine ----- | B | 40 | |
| Electrophorèse des protéines sériques ----- | B | 100 | |
| Glycémie (à jeûn) ----- | B | 30 | |
| Ferritine ----- | B | 250 | |
| Protéine C réactive ----- | B | 100 | |
| Recherche de sang dans les selles ----- | B | 150 | Total : B 780 |

TOTAL DOSSIER

850,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Cinquante Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
60 Av. Omar Ibn Al Khattab - Tanger
Tél: 05 39 32 25 90
Dr. Youssef SEKKAT
Pharmacien Biologiste

Patente : 50499613 - IF : 81550058 - BC : 67580 - CNSS : 7415624 - BP : Tanger Al Boughaz 1646402121175381750000000000

Dossier ouvert le : 04/03/23

Edité le : 07/03/23

Prélèvement effectué à 09:12

Mme OURIAGHLI AMINA

Dossier N° : 23C176

Docteur SAAD CHAOUCH

DDN : 20/09/1948

Code patient :

Page : 2/3

BIOCHIMIE

ELECTROPHORESE DES PROTEINES SERIQUES

| | | | Normales | Antériorités |
|--------------------------------|--------|-----|------------|--------------|
| PROTEINES TOTALES | 62,50 | g/l | 60 - 80 | 59,30 |
| (Colorimétrie sur KONELAB 30i) | | | | |
| ALBUMINE | 63,1 | % | 55 - 65 | 62,1 |
| Soit | 39,4 | g/l | 39 - 46,3 | 36,8 |
| GLOBULINE ALPHA 1 | 3,8 | % | 1,5 - 4,5 | 4,2 |
| Soit | 2,4 | g/l | 2,1 - 3,4 | 2,5 |
| GLOBULINES ALPHA 2 | 11,4 * | % | 6 - 10 | 12,0 |
| Soit | 7,1 | g/l | 5 - 8,3 | 7,1 |
| GLOBULINES BÊTA 1 | 5,9 | % | 4,7 - 7,2 | 5,9 |
| Soit | 3,7 | g/l | 3,3 - 5 | 3,5 |
| GLOBULINES BÊTA 2 | 4,1 | % | 3,2 - 6,5 | 3,9 |
| Soit | 2,6 | g/l | 2,2 - 4,5 | 2,3 |
| GLOBULINES GAMMA | 11,7 * | % | 12 - 20 | 11,9 |
| Soit | 7,3 | g/l | 7,8 - 13,2 | 7,1 |

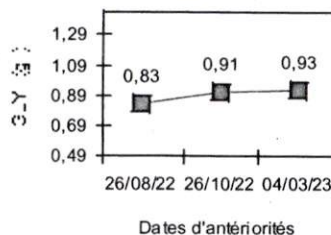
Les Gamma Globulines sont plus basses chez les enfants: les valeurs adultes sont atteintes vers l'âge de 2 ans.

| | | | |
|-------------------------------------|------|-----------|------|
| RAPPORT ALBUMINE / GLOBULINES | 1,71 | 1,2 - 1,8 | 1,64 |
|-------------------------------------|------|-----------|------|

CONCLUSION Hypogammaglobulinémie modérée. une immunofixation sérique et urinaire est souhaitable.

les valeurs normales sont pour un taux de protéines sériques de 70g/l. La valeur des gammaglobulines est plus basse chez l'enfant de moins de deux ans.

| | | | Normales | Antériorités |
|--------------------------------|------|--------|-----------|--------------|
| GLYCEMIE A JEUN | 0,93 | g/l | 0,7 - 1,1 | 0,91 |
| (Colorimétrie sur KONELAB 30i) | | | | |
| Soit | 5,2 | mmol/l | 3,9 - 6,1 | 5,1 |



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Medi-Lab
Dr. Y. SEKKAT
60 Av. Omar Ibn Al-Khattab - Tanger
Tél: 06 39 32 22 90 - Fax: 06 39 32 22 90
M.P. 100000000

| | | | | |
|----------------------------|------|-------|----------|------|
| FERRITINE | 57,3 | ng/ml | 15 - 150 | 53,9 |
| (Immunoenzymatique ACCESS) | | | | |



MEDI-LAB
ميدى لاب

مختبر التحليلات الطبية

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES &
BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION**

Dr Youssef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université de Louvain (UCL) Bruxelles

D.U. Diagnostic et Thérapeutique du couple infertile - Paris

Nom et Prénom: **OURIAGHLI AMINA**

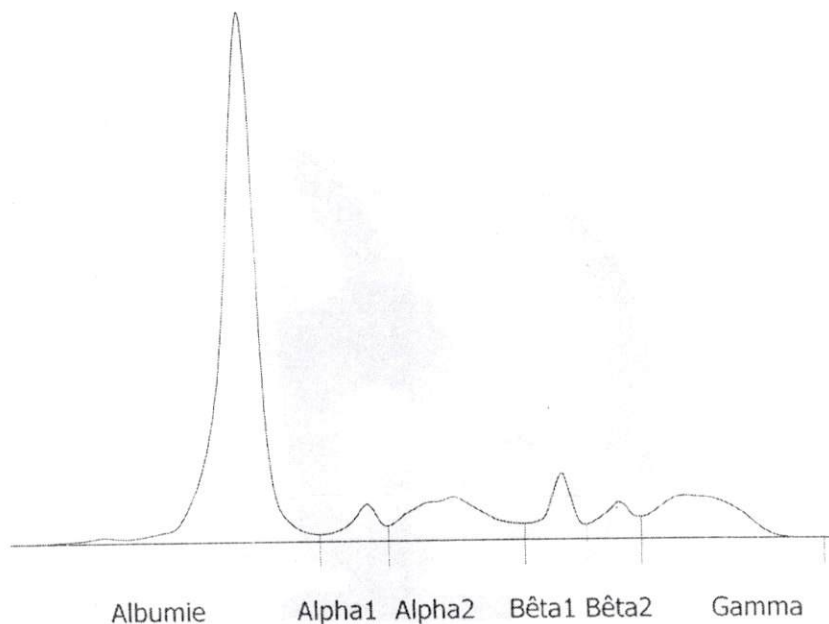
Date de naissance : **20/09/1948**

Date de lecture: **07/03/2023**

Dossier : **23C176**

Electrophorèse des protéines sériques

Technique capillaire Minicap Flex Piercing-SEBIA-



| Nom | % | Normales % | g/L | Normales g/L |
|----------|------|-------------|------|--------------|
| Albumine | 63,1 | 55,8 - 66,1 | 39,4 | 40,2 - 47,6 |
| Alpha 1 | 3,8 | 2,9 - 4,9 | 2,4 | 2,1 - 3,5 |
| Alpha 2 | 11,4 | 7,1 - 11,8 | 7,1 | 5,1 - 8,5 |
| Beta 1 | 5,9 | 4,7 - 7,2 | 3,7 | 3,4 - 5,2 |
| Beta 2 | 4,1 | 3,2 - 6,5 | 2,6 | 2,3 - 4,7 |
| Gamma | 11,7 | 11,1 - 18,8 | 7,3 | 8,0 - 13,5 |

Rapp. A/G : **1,71**

Protéines totales : **62,5 g/L**

Commentaire :

Hypogammaglobulinémie modérée, une immunofixation sérique et urinaire (protéines de Bence Jones) est aitable.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr Youssef SEKKAT
393222
Tanger
39322590

Dossier ouvert le : 04/03/23

Edité le : 07/03/23

Prélèvement effectué à 09:12

Mme OURIAGHLI AMINA

DDN : 20/09/1948

Dossier N° : 23C176

Docteur SAAD CHAOUCH

Code patient : 

Page : 3/3

IMMUNO-SEROLOGIE

| | | Normales | Antériorités |
|---------------------------------|---------|----------|--------------|
| PROTEINE C REACTIVE (CRP) | <3 mg/l | < 6 | <3 |
| (Néphélométrie) | | | |
| <i>vérifié</i> | | | |

BACTERIOLOGIE

RECHERCHE DE SANG (Dans les selles) : Négative.
Résultat.....

(Test immunochromatographique quantitatif IFOB)

les valeurs de référence de la technique utilisée est de 50ng/ml et que les valeurs de références bibliographique varient de 30 à 100 ng/ml.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
60 Av. Ibn Khattab - Tanger
Tél: 05 39 32 22 90 - Fax: 05 39 32 25 90
Tél: 05 39 32 25 90