

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19-0039466

### 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.

### 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.

### Prothèse 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.

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 9539 ..... Société : .....  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : .....  
 Nom & Prénom : ..... BACHOU L YAHYA .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : ..... Le : ...../...../.....  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

### Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : 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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039466

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous confidentialité au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- HOSPITALISATION EN HOPITAL
- HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU HOSPITALISATION EN HOPITAL

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



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

DATE DE DEPOT  
30/9/19  
AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1627582

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **BAHLUL YAHYA**  
Matricule : **9539** Fonction : **R/C** Poste : **JNC**  
Adresse : **42, Rue NABOUSSE MARRAKESH**  
Tél. : **0663444633** Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **DRISSI NERYEM** Age : **18** | **02** | **85**  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : **02 09 19**  
Nature de la maladie : **Insuffisance Reine**  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances **méjoris**  
A **Code** le **02/09/19** Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

30 SEP. 2019

Accueil soins/Ram

ROYAL AIR MAROC  
Service de Prévoyance  
et d'Actions Sociales  
MARRAKESH

### 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
02-09-19	Consultation		300,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/19	360,00
		201,00
		<u>561,00</u>

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02-09-19	Ech. Dpph	1000,00
	08/09/19	B. 330	467,00 Dh

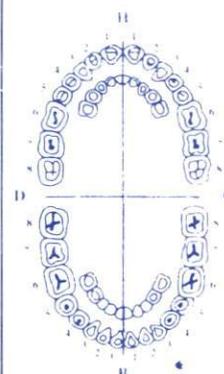
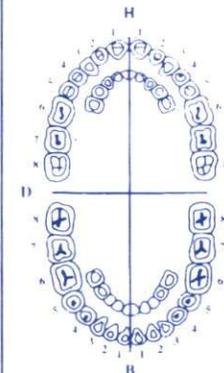
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26-09-19					2700,00 Dh

### SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

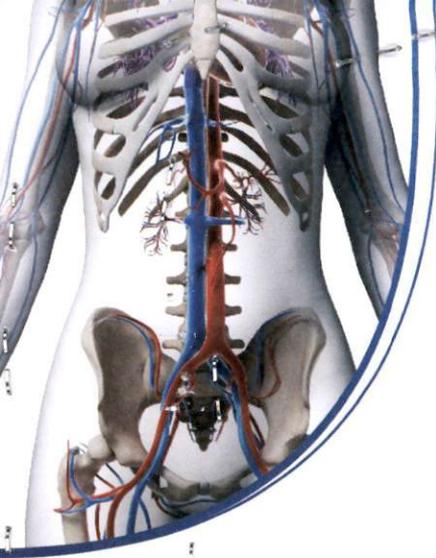
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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																								
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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'



**الدكتورة حسناء الرغادي**  
**Docteur Hasnaa RAGUADI**

اختصاصية في أمراض الشرايين و الأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب و الحقن

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue  
Diplômée de Paris Descartes  
Diplôme universitaire en Phlébologie  
Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire  
Diplôme universitaire en compression médicale

le 02 109 119

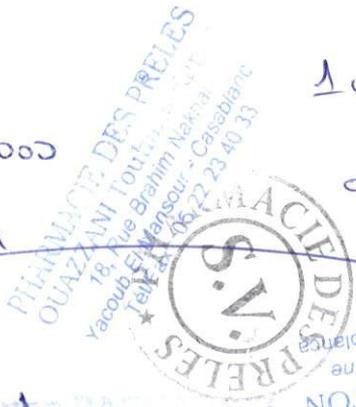
Me Idrissi Merye

201,00

Duflon 100

60,00 x 6  
Ferplex

1,1; pht 2 ans  
après repas  
1 Ap x 2 | 1. pht 2 ans



Dr. Hasnaa RAGUADI  
Angiologue - Phlébologue  
255 Angle Boulevard Abdelmoumen  
et Allée Persée, Immeuble 295  
Tél: 05 22 86 46 68

Mme Annel EL GADBAJ BAHRI  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE DANTON  
47, Boulevard Bir Anzarane  
Tel: 05 22 25 09 78 - Casablanca

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 220366

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

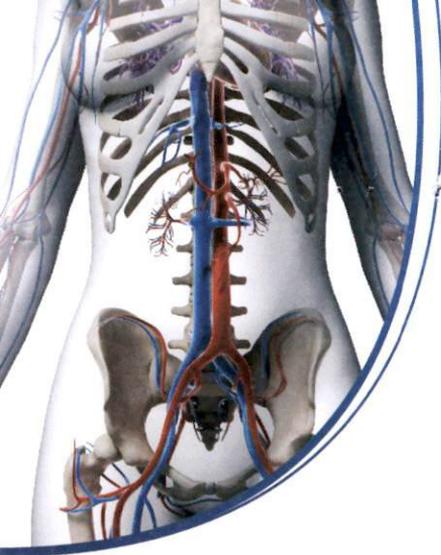
**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

**FERPLEX<sup>®</sup> 40 mg**  
Fer protéinsuccinylate  
Boîte de 10 Falcons buvables  
PPV 60,00 Dhs  
6 118001 440016

201,00



**الدكتورة حسناء الركادي**  
**Docteur Hasnaa RAGUADI**

اختصاصية في أمراض الشرايين و الأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب و الحقن

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue  
Diplômée de Paris Descartes  
Diplôme universitaire en Phlébologie  
Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire  
Diplôme universitaire en compression médicale

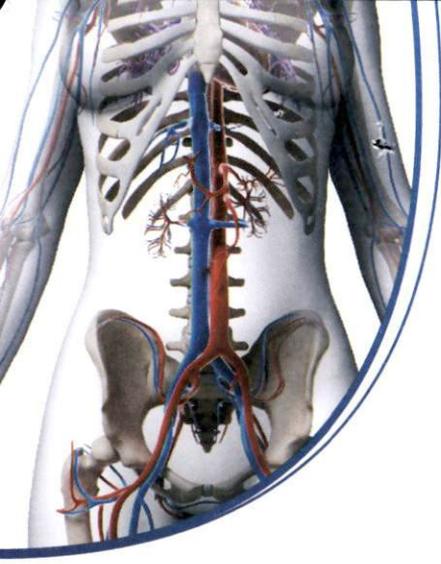
Le 02/09/19

Me Idrissi Meryem

- NFS + plaq
- Ferritinémie

Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzane  
117 Bd Bir Anzane - Casablanca  
ICE : 00173385000000  
INPE : 494001188

Dr. Hasnaa RAGUADI  
Angiologue - Phlébologue - Lymphologue  
255 Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée Persée  
3<sup>ème</sup> étage, Bureau C18 Casablanca  
Tél: 05 22 86 46 68



**الدكتورة حسناء الركادي**  
**Docteur Hasnaa RAGUADI**

اختصاصية في أمراض الشرايين و الأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب و الحقن

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue  
Diplômée de Paris Descartes  
Diplôme universitaire en Phlébologie  
Diplôme universitaire ultrasonographie vasculaire  
Diplôme universitaire en compression médicale

Le 02/09/19

M<sup>re</sup> Idrissi Meryem

Chaussettes de compression

class 3

379,004

{ T. cheville = 22  
T. Mollet = 37

**MATERIEL MEDICAL**  
Vente en Magasin  
ou valide pour toute autre transaction  
5, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux  
- Casablanca -  
Tél: 05 22 47 48 30

Dr. Hasnaa RAGUADI  
Angiologue - Phlébologue - Lymphologue  
255 Angle Boulevard  
et Allée Persée, Immeuble  
Tél: 05 22 47 48 30



ICE : 001526686000016

FACTURE N° : UF9101084

ICE CLIENT :  
INP CLIENT :

Casablanca Le, 26/09/19

**MME IDRISSI MERYEM**

DEPOT HOPITAUX

Agent commercial : ILYASSE

Mode de règlement : CB/5647

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
30021NO	2	MI BAS VENOFLEX MICRO CLASSE 2 PO NOIR 3N	1,00	370,00	0%	370,00	370,00

**LOCAMED SERVICE**  
**MATERIEL MEDICAL**  
Vente en Magasin  
Non valide pour toute autre transaction  
16, Rue des Hôpitaux Quartier des Hôpitaux - Casablanca -  
Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 28

Code	Base	Taux	Montant
2	308,33	20%	61,67
<b>Total</b>	<b>308,33</b>		<b>61,67</b>

**Total HT** . 308,33  
**Total TVA** 61,67  
**Total TTC** . 370,00

**Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC :**  
**Trois cent soixante dix Dhs** 367,28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

LOCAMED SERVICE S.A.R.L AU CAPITAL 17.800.000 DHS - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150  
Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc  
Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun | face hôpital 20 Août, quartier des Hôpitaux.  
Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa | à proximité hôpital My Youssef | Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

**RABAT**

Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia: 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

**MARRAKECH**

Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéiz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

**TANGER**

6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia - Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

**FES**

Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chibhi (en face de central banque chaabil) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

**KÉNITRA**

Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

عيادة متخصصة في أمراض الأوعية الدموية  
Cabinet de Médecine Vasculaire

Docteur Hasnaa RAGUADI

الدكتورة حسناء الركادي

Diplômée de Paris Descartes

فريجة كلية الطب بباريس

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue

Explorations Vasculaires Fonctionnelles

Echo-Doppler Artériel et Veineux

Cartographie et Marquage des Varices

Traitement des Varices par Sclérothérapie

اختصاصية في أمراض الشرايين والأوردة

فحص الأوعية الدموية

علاج الدوالي بالتصليب والسفن

**INP 0912057812**

**28/08/19**

**FACTURE**

**CONSULTATION+ ECHO-DOPPLER  
VEINEUX**

**BENEFICIAIRE : MME IDRIS I  
MERYEM**

**PRIX : 1300 DH MILLE  
DIRHAMS**

**Dr. Hasnaa RAGUADI**

**Angiologue Phlébologue**

Angiologue et Phlébologue Diplômée de Paris Descartes

**DR HASNAA RAGUADI**

زاوية شارع عبد المومن و ممر بيرسي عمارة 295، الطابق الثالث مكتب C18 الدار البيضاء

Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée Persée, Imm 295, 3<sup>ème</sup> étage, Bureau C18 Casablanca  
Tél.: 05 22 86 46 68 Gsm: 06 68 19 37 06 E-mail: hasnaaragadi@hotmail.com

**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 09-09-2019

**Mme Meryem IDRISSE**

FACTURE N°	1909091072
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B

Total de B : 330

TOTAL DOSSIER	467.20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent soixante-sept dirhams vingt centimes

Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane - Casa  
Blanc  
ICE : 001748386000083  
INPE : 093001196

# عيادة متخصصة في أمراض الأوعية الدموية Cabinet de Médecine Vasculaire

Docteur Hasnaa RAGUADI

الدكتورة حسناء الرقادى

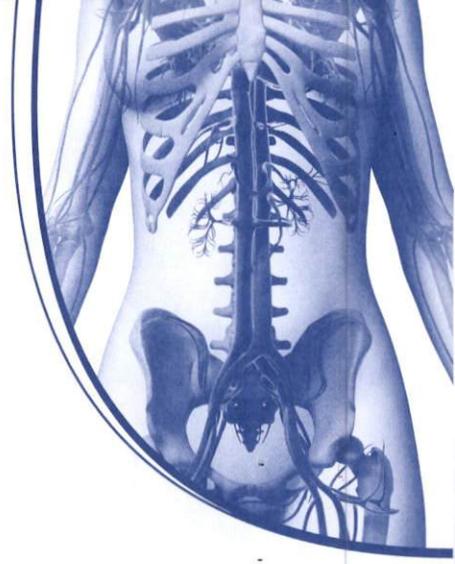
Diplômée de Paris Descartes

خريجة كلية الطب بباريس

Angiologue - Phlébologue - Lymphologue

Explorations Vasculaires Fonctionnelles  
Echo-Doppler Artériel et Veineux  
Cartographie et Marquage des Varices  
Traitement des Varices par Sclérothérapie

اختصاصية في أمراض الشرايين والأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالصدى الملون  
علاج الدوالي بالتصليب و الحقن



Le 02/09/2019

Appareil ESAOTE MyLab ClassC mis en service en Déc 2013

Le compte rendu de l'examen concernant Mme IDRISSE MERYEM

## ECHODOPPLER PULSE CAVE ET PERIPHERIQUE

**VEINE CAVE INFERIEURE et VEINES ILIAQUES** normales, sans altération pariétale ni thrombose.

Les **TRONCS VEINEUX PROFONDS** des deux membres inférieurs sont normaux, sans incontinence, ni thrombose, ni altération pariétale et sans séquelles pos-phlébitiques.

Les **TRONCS VEINEUX SUPERFICIELS** des deux membres inférieurs sont normaux, sans thrombose, ni altération pariétale et sans séquelles pos-phlébitiques.

### CONCLUSION :

- **Pas d'incontinence saphénienne majeure.**
- **Pas de thrombose veineuse profonde ni superficielle.**
- **Varices sus fasciales non systématisées bilatérales.**

Dr. H. RAGUADI  
Angiologue  
250 Angle Dr

زاوية شارع عبد المومن و ممر بيرسي عمارة 295، الطابق الثالث مكتب C18 الدار البيضاء



Prescripteur : . .

Réf : 1909091072

Dossier ouvert le : 09-09-2019 11:46

Edité le : 26-09-2019

Mme IDRISSI Meryem

Compte Rendu d'Analyse

Page 1 / 1

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

#### NUMERATION

			21-12-2017
Leucocytes :	6 000 /mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	5 910
Hématies :	4.46 M/mm <sup>3</sup>	(3.80-5.40)	4.65
Hémoglobine :	12.0 g/100ml	(12.0-16.0)	12.9
Hématocrite :	36.6 %	(35.5-45.5)	40.4
VGM :	82.1 µ <sup>3</sup>	(80.0-99.0)	86.9
TCMH :	26.9 pg	(27.0-33.0)	27.7
CCMH :	32.8 g/100ml	(29.0-36.0)	31.9

#### FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	62.5 %	(40.0-75.0)	62.3
Soit:	3 750 /mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)	3 682
Polynucléaires Eosinophiles :	2.2 %	(1.0-4.0)	2.0
Soit:	132 /mm <sup>3</sup>	(100-400)	118
Polynucléaires Basophiles :	0.5 %	(0.0-1.0)	0.2
Soit:	30 /mm <sup>3</sup>	(0-150)	12
Lymphocytes :	26.3 %	(20.0-45.0)	25.5
Soit:	1 578 /mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)	1 507
Monocytes :	8.5 %	(2.0-12.0)	10.0
Soit:	510 /mm <sup>3</sup>	(200-800)	591

#### PLAQUETTES

Plaquettes :	305 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	237 000
VMP:	10.8 fl		11.6

## PROTEINES SPECIFIQUES

Ferritine : <sup>(RC)</sup> 6.7 µg/l (20.0-200.0)

(RC) : Résultat contrôlé

Fin du compte rendu

Dr N. BAAJ  
Pharmacien biologiste

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

Dossier Validé

