

# 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 :

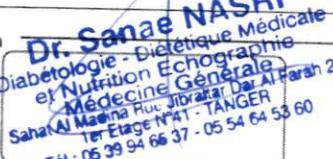
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-445951

|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique            | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |                                       |   |                                 |
| Matricule : <b>5009</b>   | Société : <b>RAM</b>                  |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif  | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : | <b>RETRAITE</b>                 |
| Nom & Prénom : <b>REGRAGUI RACHID</b>   |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : <b>29.06.1961</b>   |                                       |   |                                 |
| Adresse : <b>371128 Apt 5 WAFAA 3 oufia casa</b>  |                                       |   |                                 |
| Tél. <b>06 00 605405</b> Total des frais engagés : <b>5213,00 Dhs</b>   |                                       |   |                                 |
| Cadre réservé au Médecin  |                                       |   |                                 |
| Cachet du médecin :<br><br><b>Dr. Sanae NASRI</b><br>Diabétologie - Diététique Médicale<br>et Nutrition Echographie<br>et Médecine Générale<br>Sahar Al Madina Rue Jibrat Al Farah 2<br>1er Etage N°41 - TANGER<br>Tel: 05 39 94 66 37 - 05 54 64 53 60  |                                       |   |                                 |
| Date de consultation : <b>23.09.2019</b><br>Nom et prénom du malade : <b>REGRAGUI</b><br>Age : <b>58</b><br>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant<br>Nature de la maladie : <b>Diabète type II</b><br>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>0300</b><br>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 |                                       |   |                                 |
| ACCUEIL<br>ACCUEIL  |                                       |   |                                 |

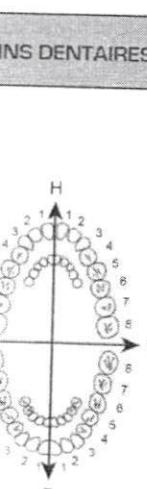
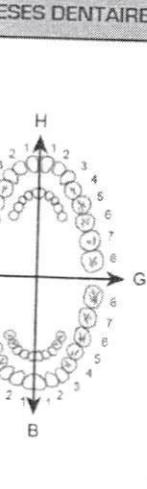
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : **TANGER** Le : **23.09.2019**  
 Signature de l'adhérent(e) 

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |                                 |                              |                        |
|--|---------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date                            | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <b>ENTRE DE BIOLOGIE DE TANGER</b><br><b>DR ANASSE ALASHIFI</b><br><b>SPECIALISTE EN BIOLOGIE MEDICAL</b><br><b>tel: 05 39 32 34 54 / Fax: 05 39 34 16 63</b><br><b>INPE : 167162903</b> | <b>83/09/19</b><br><b>15.63</b> | <b>13.100 TPS</b>            | <b>130 DH</b>          |

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|---|---|------------------|-------------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins                                   |   |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br><br>                     | 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"/>         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
| <b>O.D.F.<br/>PROTHESES DENTAIRES</b><br><br>     | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21423552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H  | 25533412 | 21423552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|   | H   | 25533412         | 21423552    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | D   | 00000000         | 00000000    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | B   | 00000000         | 00000000    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | G   | 35533411         | 11433553    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |
|   | <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |                  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |

# . Sanae Nasri

Faculté des facultés de médecine  
de Rabat et de Montpellier  
Ancien médecin interne à l'hôpital  
Eugène André à Lyon en France



Diabétologie, Diététique Médicale et Nutrition  
Echographie, Médecine Générale

## الدكتورة سناه ناصري

خريجة كلية الطب بالرباط وموظفي  
طبية داخلية سابقة بمستشفى  
أوجين اندرى بليون بفرنسا

داء السكري، الحمية الطبية، التغذية  
إيكوغرافيا، الطب العام

Tanger, le :..... 24/09/2019 طبعة في :

### M REGRAGUI Rachid

#### LANTUS SOLOSTAR

26 Injections le soir après le repas pendant 6 mois

#### JANUMET 50/1000

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir au cours du repas pendant 6 mois

#### AMAREL 4 MG

avant le repas pendant 6 mois

4833,00

 **Pharmacie du GOLF**  
Dr HAFID BENBRAHIM Hamza  
Pharmacien  
R.C. 72592 - Patente 50236230  
Lotis. Flandre N° 1 Bouhana-Tanger Tél.: 05 39 37 60 97

  
**Dr. Sanae NASRI**  
Diabétologie - Diététique Médicale  
et Nutrition - Echographie  
et Médecine Générale  
Place Al Madina Rue Jibrltar N°4 - TANGER  
1<sup>er</sup> Farah 2<sup>ier</sup> Etage N°4 - 06 54 64 53 60  
05 39 94 65 37 - INPE : 161170774

ساحة المدينة، زنقة جبل طارق، إقامة دار الفرح 2، الطابق الأول رقم 41 - طنجة

Place Al Madina, Rue Jibrltar, Rés. Dar Alfarah 2, 1<sup>er</sup> étage N° 41 - Tanger  
Tél.: 06 54 64 53 60 - 05 39 94 65 37 - E-mail : sanaekasm@yahoo.fr

lot/الكتل

Mfg/إنتاج

Exp/التاريخ

03-2019

S013113

03-2021

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوقة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف فقط بو جو دو صفة طبية - قائمة 1

Listé I – Uniquement sur ordonnance



6

118001160495  
JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCL

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1

lot/الكتل

Mfg/إنتاج

Exp/التاريخ

03-2019

S013113

03-2021

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوقة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف فقط بو جو دو صفة طبية - قائمة 1

Listé I – Uniquement sur ordonnance



6

118001160495  
JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCL

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1

lot/الكتل

Mfg/إنتاج

Exp/التاريخ

03-2019

S013113

03-2021

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوقة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف فقط بو جو دو صفة طبية - قائمة 1

Listé I – Uniquement sur ordonnance



6

118001160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCL

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1

lot/الكتل

Mfg/إنتاج

Exp/التاريخ

03-2019

S013113

03-2021

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوقة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف فقط بو جو دو صفة طبية - قائمة 1

Listé I – Uniquement sur ordonnance



6

118001160495  
JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCL

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1

lot/الكتل

Mfg/إنتاج

Exp/التاريخ

03-2019

S013113

03-2021

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوقة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف فقط بو جو دو صفة طبية - قائمة 1

Listé I – Uniquement sur ordonnance



6

118001160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCL

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1

lot/الكتل

Mfg/إنتاج

Exp/التاريخ

03-2019

S013113

03-2021

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوقة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف فقط بو جو دو صفة طبية - قائمة 1

Listé I – Uniquement sur ordonnance



6

118001160495  
JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCL

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1

lot/الكتل

Mfg/إنتاج

Exp/التاريخ

03-2019

S013113

03-2021

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوقة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصر ف فقط بو جو دو صفة طبية - قائمة 1

Listé I – Uniquement sur ordonnance



6

118001160495  
JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCL

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

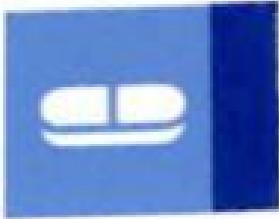
70027234/010414-1

**4 mg**

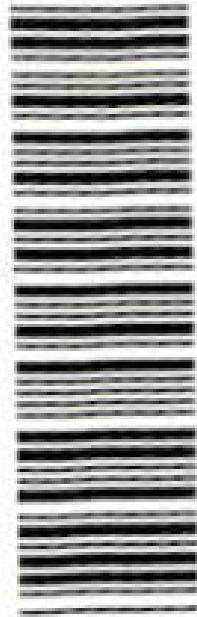
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

6 118001 081325



3 400934 210501



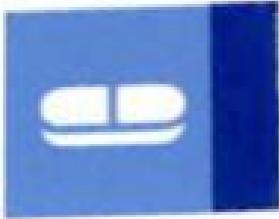
**SANOFI** The Sanofi logo consists of the word "SANOFI" in a bold, blue, sans-serif font, with a stylized blue circular emblem to its right.

4 mg

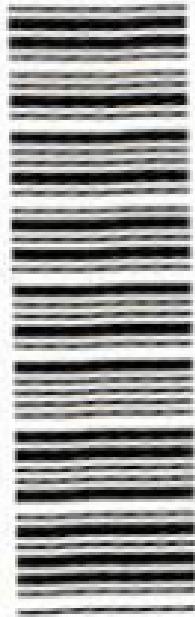
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaï Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

6 118001 081325



3 400934 210501



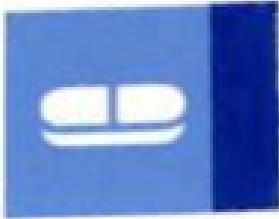
SANOFI

4 mg

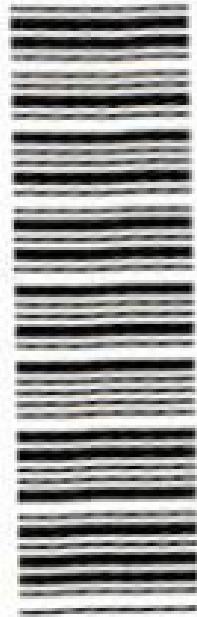
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaï Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

6 118001 081325



3 400934 210501



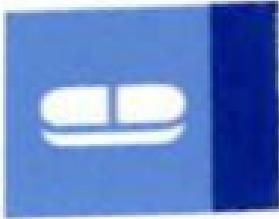
SANOFI

4 mg

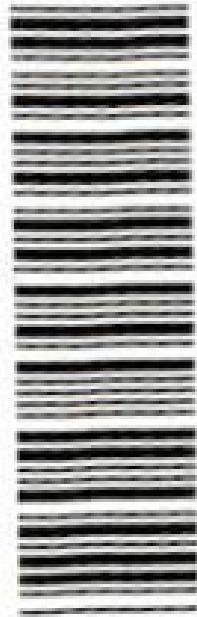
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaï Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH

6 118001 081325



3 400934 210501

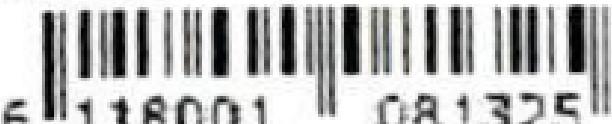


SANOFI

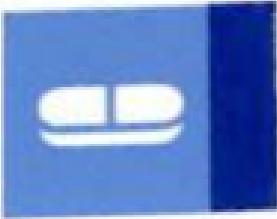
**4 mg**

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaï Casablanca

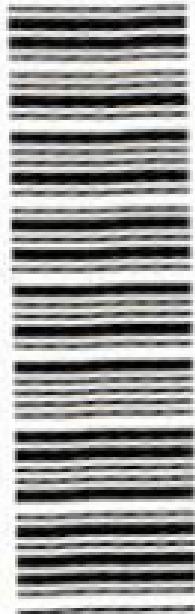
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 84,00 DH



6 118001 081325



3 400934 210501



**SANOFI** The Sanofi logo, featuring a stylized blue 'S' shape.



Lot/Batch:

9FB185A

Fab.:

11.2018

EXP:

10.2021



**Lantus® S**

**100 Unités/ml**

**solution injectable en st**

**insuline glargin**

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml, inj b5 sty  
**P.P.V : 744,00 DH**

6 118001 081615

# Dr. Sanae Nasri

Lauréate des facultés de médecine  
de Rabat et de Montpellier  
Ancien médecin interne à l'hôpital  
Eugène André à Lyon en France



الدكتورة سناه ناصري

خريجة كلية الطب بالرباط وموبلي  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفي  
ـ وجين اندرى بليون بفرنسا

Diabétologie, Diététique Médicale et Nutrition  
Echographie, Médecine Générale

داء السكري، الحمية الطبية، التغذية  
ايكوغرافيا، الطب العام

Tanger, le :

22/9/19

طيبة في :

Dr. Sanae NASRI  
Diabétologie - Diététique Médicale  
et Nutrition Echographie  
et Médecine Générale  
Place Al Madina Rue Jibrltar Rés. Dar  
Al Farah 2, 1<sup>er</sup> Etage N° 41 - TANGER  
05 39 94 65 37 - 06 54 64 53 60  
INPE : 161170774

Sanae Nasri

1) HbA1C

Dr. Sanae NASRI  
Diabétologie - Diététique Médicale  
et Nutrition Echographie  
et Médecine Générale  
Place Al Madina Rue Jibrltar Rés. Dar  
Al Farah 2, 1<sup>er</sup> Etage N° 41 - TANGER  
05 39 94 65 37 - 06 54 64 53 60  
INPE : 161170774

CENTRE DE DIABÉTOLOGIE DE TANGER  
DR ANALISE ALASIFI  
SPECIALISTE EN BIOLOGIE MÉDICAL  
05 39 32 34 91 / fax. 05 39 34 16 63  
INPE : 161170774

ساحة المدينة، زنقة جبل طارق، إقامة دار الفرح 2، الطابق الأول رقم 41 - طيبة

Place Al Madina, Rue Jibrltar, Rés. Dar Alfarah 2, 1<sup>er</sup> étage N° 41 - Tanger  
Tél.: 06 54 64 53 60 - 05 39 94 65 37 - E-mail : sanaekasm@yahoo.fr



« Biocentre - بيوسنتر »

## Facture

N° facture : 2019-3422

Edité le : 23/09/2019

Patient : Mr REGRAGUI Rachid

Date prélèvement : 23/09/2019

| Analyses               | Valeur en B | Montant              |
|------------------------|-------------|----------------------|
| Hémoglobine glycosylée | 100         | 110,00               |
| <b>Total B</b>         | <b>100</b>  | <b>110,00</b>        |
| <b>APB</b>             | <b>1,0</b>  | <b>20,00</b>         |
| <b>Déplacement</b>     |             | <b>0,00</b>          |
| <b>Remise</b>          |             |                      |
| <b>Total</b>           |             | <b><u>130,00</u></b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent trente dirhams\*\*\*

INPE : 167163989

CENTRE DE BIOLOGIE DE TANGER  
DR ANASSE ALASRI MEDICAL  
SPECIALISTE EN BIOLOGIE MEDICALE  
Tél: 05 39 32 34 54 / Fax: 05 39 34 16 63  
INPE : 167163989

valable 3 mois

Le 23/09/2019

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Rebargui Rachid

Présente .....

Nécessitant un traitement d'une durée de : 06 mois.

- 1) Lantus solutio 26 UI lesoir /6mois)
- 2) Amarel 10ml : 1cp le matin entrees /6mois
- 3) Jummet 50x600 : 1cp matin etsoir /6mois).

Dont ci-joint ordonnance : .....

(à défaut noter le traitement prescrit) .....

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Moulay Abdellah (Cité Nasri) - Casablanca

Dr. Sanae NASRI  
Diabetologie - Diabète - Médecine Médicale  
Salle de consultation Echographie - Gérontologie - Dar  
Place Al Madina Rue N°41 - 1000 Casablanca / fax : 0522-22-78-18  
T.Farrah 2<sup>er</sup> Etage N°41 - 06 54 01 38 83  
NPE : 161170774



**« Biocentre - بيوسنتر »**

Tanger, le 23/09/2019

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 230919-042 Pvt du: 23/09/2019 14:48

Nom : Mr REGRAGUI Rachid

Demandé par Dr : SANAE NASRI

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

#### Hémoglobine glycosylée:

( Technique: HPLC sur BIORAD D10 )

#### Interprétation:

Valeurs de référence chez les sujets non diabétiques: 4 - 6 %

Objectif optimal chez les sujets diabétiques : < ou égal à 7 %

#### Valeurs Usuelles

( Inférieur à 6 )

#### Antériorité

CENTRE DE BIOLOGIE DE TANGER  
DR ANASSE ALASRI  
SPECIALISTE EN BIOLOGIE MEDICAL  
Tél: 05 39 32 34 54 / Fax: 05 39 34 16 63  
INPE: 167163900

Nous vous remercions de votre confiance

*Le Biologiste*

# Rapport de patient

Bio-Rad DATE : 23/09/2019  
D-10 HEURE : 18:31  
N° Série: #DJ4H013623 Version Logiciel : 4.02-2  
Id. de l'échantillon : 1230919042  
Date d'injection 23/09/2019 16:22  
N° d'injection : 21 Méthode : HbA1c  
N° de portoir : --- Position du portoir : 1

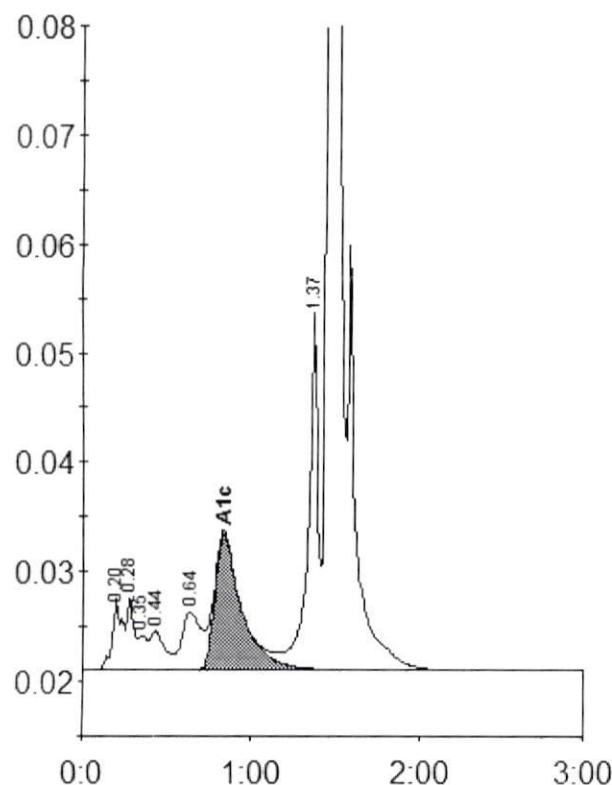


Table des pics - ID : 1230919042

| Pic           | Tps.Ret | Hauteur | Aire    | % Aire |
|---------------|---------|---------|---------|--------|
| A1a           | 0.20    | 6379    | 27660   | 1.5    |
| A1b           | 0.28    | 6578    | 19423   | 1.0    |
| Unknown       | 0.35    | 3118    | 10077   | 0.5    |
| F             | 0.44    | 3500    | 22735   | 1.2    |
| LA1c/CHb-1    | 0.64    | 5194    | 41126   | 2.2    |
| A1c           | 0.84    | 12395   | 135335  | 10.0   |
| P3            | 1.37    | 33261   | 129687  | 6.9    |
| A0            | 1.47    | 454134  | 1490127 | 79.4   |
| Aire totale : |         | 1876171 |         |        |

| Concentration : | %    |
|-----------------|------|
| A1c             | 10.0 |

CENTRE DE BIOLOGIE DE TANGER  
DR/ANASSE ALASHBI  
SPECIALISTE EN BIOLOGIE MEDICAL  
Tél: 05 39 32 34 54 / Fax: 05 39 34 18 63  
IMPE : 167107000